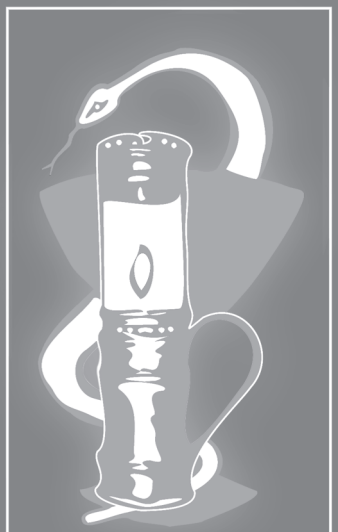
SZKOLENIA FARMACEUTÓW

BIULETYN SZKOLENIOWY

NR 3/2008



PODKARPACKA OKRĘGOWA
IZBA APTEKARSKA W RZESZOWIE

BIULETYN REDAGUJE PREZYDIUM PORA
oraz
KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodniczący – dr n. farm. Aleksander Czarniawy
Redaktor Naczelny – mgr farm. Lidia Maria Czyż
Opracowanie edytorskie – Adam J. Czartoryski
tel. (017) 85-38-212, tel. kom. 508-184 087, tel./fax (017) 85-29-206

WYDAWCA: PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

35-025 Rzeszów, ul. Jagiellońska 23/5,
tel. (017) 85-38-212, tel./fax (017) 85-29-206
www.poia.pl, e-mail: biuro@poia.pl
konto: Bank PKO S.A.
nr 03 1240 4751 1111 0000 5517 8507

ISSN: 1896-7639

**Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów.
Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń.**

Nakład 1 200 egz.
Egzemplarz bezpłatny

Druk: Drukarnia „KOLOR”, Tyczyn, ul. Kościuszki 4A, tel. (017) 22 99 345

Koleżanki i Koledzy,

Trzeci tegoroczny numer naszego Biuletynu Szkoleniowego zawiera aż pięć publikacji o problemach aptekarskich. Tematyka ich jest bardzo różnorodna, niemniej jednak całość w założeniu przynosi pewien obraz naszego aptekarskiego życia.

Opracowanie najobszerniejsze to przegląd aptekarstwa europejskiego – warto zapoznać się z problemami kolegów w naszej wspólnej Europie – może komuś uda się wydobyć z tego obrazu elementy przydatne na naszym podwórku ?

Kilka osób z naszej Izby pracuje w krajach Unii, może ktoś z nich pokusiłby się o opisanie zasad działania aptek w państwach swojej działalności zawodowej ?

Drugim, ważnym tematem, do tej pory przez nikogo nie opracowanym w takim kształcie, jest konspekt wykładu, który mieliśmy przyjemność wysłuchać w marcu w Rzeszowie na posiedzeniu naukowym.

Rzadko zastanawiamy się podczas ekspedycji zwykłych, zdawałoby się, tabletek nad oznaczeniami uwidocznionymi na ich opakowaniu zewnętrznym. A jednak te drobne na pozór literki przynoszą mnóstwo informacji o podstawowym dla pacjenta znaczeniu. Tym bardziej aptekarz powinien umieć poruszać się swobodnie w tych kwantyfikatorach. Wyjątkowo też przy tym opracowaniu podajemy piśmiennictwo, z którego korzystała Autorka – kto z czytelników zechciałby rozszerzyć swą wiedzę na ten temat, może skorzystać. A warto !

Jak zwykle są opracowania z zakresu historii naszego zawodu. Jedno poświęcone jest postaci – z pozoru szeregowego aptekarza, który przeszedł całą drogę farmaceutycznej edukacji w czasach c.k. Austrii. Podczas swej kariery zawodowej aż siedemnaście lat pracował w Rzeszowie, w Aptece Obwodowej, najstarszej w tym mieście (tradycje tejże oficyny, a przynajmniej miejsca jej funkcjonowania zachowuje całodobowa apteka przy obecnej ulicy Trzeciego Maja, należąca do rzeszowskiego „Cefarmu”).

Zupełnie inny charakter ma tekst związany z jedną z podstawowych nauk farmaceutycznych – farmakognozją. Jakże zupełnie inaczej wyglądały badania i nauczanie tej dziedziny w drugiej połowie XIX wieku, ale też jak ważne przyniosły podstawy dla nauki w wieku XXI.

Ostatnim z opracowań jest tekst związany z powstającą nowelizacją Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, jego tradycją i współczesnością.

Warto też zapoznać się z tekstem przysięgi aptekarskiej zamieszczonym jako ilustracja artykułu o magistrze Czesławie Zubrzyckim.

Aptekarze zawsze dbali o swą zawodową odrębność. Czy współcześni obronią

maksymę salus aegroti suprema lex czy rozproszą się w szeroko pojętym „handlu" ?

Biuletyn przynosi też informacje o XVII Sympozjum Historii Farmacji, które tym razem odbyło się na Ziemi Konińskiej. Być może z tego względu środowisko podkarpackie było tak nielicznie reprezentowane.

Komisja nasza przypomina o kończącym się w dniu 31 grudnia pierwszym okresie edukacyjnym. Na stronie internetowej naszej Izby już w lipcu został zamieszczony komunikat skierowany przede wszystkim do kolegów, którzy do chwili obecnej nie zgłosili swoich, uzyskanych w wyniku szkolenia, punktów edukacyjnych. Jego treść jest cały czas aktualna mimo, że podany w nim termin już minął. Jest aktualna również dla tych, którzy właśnie uzyskali brakujące do „setki" punkty i chcą uzyskać wpis do karty ciągłego szkolenia. Bardzo ważne jest to dla obu stron – komisji, która punkty weryfikuje i wpisuje oraz dla aptekarza, który uzyskuje zaliczenie. Jesień bieżącego roku przyniesie jeszcze dwa duże kursy kończące się zaliczeniem testowym (o których już informujemy, również na stronie internetowej) oraz kilka posiedzeń naukowych.

I jeszcze jedna sprawa – prosimy wszystkich o przełamanie swych oporów i otwieranie strony internetowej Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej nie tylko „od święta" ale na co dzień. Jak jest to ważne, jak szybko można uzyskać potrzebne do codziennej działalności informacje, wykazał gorący okres zmian lekospisów czy wzorów recept w momentach braku możliwości przesłania takich komunikatów drogą tradycyjną, pocztową.

Nie wiemy też czy wszyscy koledzy zauważyli, że Izba nasza usiłowała wprowadzić Forum dyskusyjne na stronie internetowej. W izbie podkarpackiej zrzeszonych jest ponad tysiąc aptekarzy, w dyskusji na forum zarejestrowało się do końca lipca osób pięć zgłaszając trzy tematy. Czy świadczy to o naszej niechęci do dyskusji, obawy przed tym „strasznym" wymysłem współczesności jakim jest internet, braku czasu czy jeszcze o czymś innym ? O tym też warto byłoby podyskutować. A może to nasz opór przed odkryciem własnych poglądów, „wiem, ale nie powiem" bo może ONI krzywdę mi zrobią, lepiej „się nie wychylać". A ponarzekać w gronie zaufanym zawsze można.

Komisja Nauki i Szkolenia
Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

Rzeszów, wrzesień 2008

mgr farm. Piotr Bohater
Koordynator Departamentu
Spraw Zagranicznych NIA

Informacje
Departamentu Spraw Zagranicznych NRA
(kwiecień - czerwiec 2008)

1) Udział w debacie w Parlamencie Europejskim w dniu 13.05.2008r. na temat: „Jak możemy poprawić stosowanie się pacjentów do zalecanej farmakoterapii w Europie".

Komisja Europejska dostrzega narastający problem przerywania przez pacjentów stosowania przepisanych leków, szczególnie w długotrwałych terapiach. Ocenia się, że z tego powodu umiera rocznie w krajach UE prawie 200 000 osób, a straty materialne szacowane są na około 125 miliardów euro rocznie. Wyliczenia te są zbliżone do szacunkowych danych z USA, gdzie straty materialne z tego powodu oceniane są na 75-100 miliardów dolarów a liczba zgonów na około 125 000. Ponadto ocenia się, że około **10-25% przypadków leczenia szpitalnego** spowodowane jest niestosowaniem się pacjentów do zalecanej farmakoterapii.

Alarmujące dane na ten temat skłoniły PGEU do zorganizowania debaty w Parlamencie Europejskim poświeconej temu problemowi, wydany został też obszerny dokument poświęcony temu zagadnieniu. W debacie tej swoje prezentacje przedstawili:

- ***Tamas Bereczky*** – aktywny uczestnik węgierskich oraz międzynarodowych grup wsparcia pacjentów zakażonych wirusem HIV, który przedstawił problem z punktu widzenia pacjentów. Podał wiele przykładów oraz wyjaśnił mechanizmy różnych zachowań pacjentów, prowadzących do zaprzestania stosowania przez nich leków.

- ***Robert Horne*** – profesor medycyny behawioralnej Uniwersytetu w Londynie przedstawił bardzo interesującą prezentację na temat skutków niestosowania się pacjentów do zalecanej farmakoterapii oraz metody poprawy tej sytuacji. Przedstawił ogromny potencjał aptek i aptekarzy w tym zakresie. W swojej prezentacji omówił mechanizmy zachowań pacjentów wynikające z ich wiedzy i przekonań dotyczących leków oraz rolę aptekarzy w zwiększaniu stopnia stosowania się pacjentów do zalecanej terapii.

- ***Ema Paulino*** – farmaceutka i właściciel apteki w Portugalii przedstawiła problem widziany od strony aptekarzy. Zwracała uwagę na bezpośredni

kontakt aptekarzy z pacjentami oraz możliwość zaobserwowania przez nich przypadków przerywania farmakoterapii przez pacjentów i prób pomocy tym pacjentom poprzez indywidualne podejście do każdego pacjenta.

Wszyscy mówcy byli zgodni, że aptekarze są najbardziej dostępną grupą zawodową wśród pracowników fachowych w systemie ochrony zdrowia i wykorzystanie tego potencjału ma wyjątkowe znaczenie dla poprawy stosowania się pacjentów do zalecanej farmakoterapii. Dzięki bezpośrednim i częstym kontaktom z pacjentami mają duże możliwości wykrywania niewłaściwego stosowania leków przez pacjentów, wykorzystując również nowoczesne rozwiązania informatyczne. Problem jest poważny, ponieważ ocenia się, że około **30-50 %. pacjentów przewlekle chorych** nie zażywa przepisanych leków właściwie. Wiele badań wskazuje, że takie postępowanie nie ma bezpośredniego związku z wiekiem, inteligencją, wykształceniem czy statusem materialnym pacjentów. Zwiększenie stopnia stosowania się pacjentów do zalecanej farmakoterapii jest jednym z ważniejszych elementów opieki farmaceutycznej.

Po przedstawieniu prezentacji rozpoczęła się dyskusja, w której wzięli też udział przedstawiciele producentów leków.

Ze swojej strony zwróciłem uwagę na fakt, że często niestosowanie się pacjentów do farmakoterapii wynika z przyczyn ekonomicznych. W wielu krajach europejskich dopłaty pacjentów do leków wynoszą średnio poniżej 10proc. (np. w Hiszpanii, we Włoszech, we Francji), natomiast w nowych krajach członkowskich UE dopłaty te są dużo wyższe. Szczególnie w Polsce ocenia się, że dopłaty te sięgają średnio nawet 65 %. Dlatego **problem ten jest w Polsce jeszcze poważniejszy**, ponieważ na przerywanie stosowania właściwej farmakoterapii przez pacjentów w naszym kraju ma wpływ suma czynników wynikających z wiedzy i przekonań pacjentów oraz ich niewystarczające środki materialne na wykupienie przepisanych leków. I chociaż skutek zaprzestania stosowania leków przez pacjentów jest ten sam, to usuwanie przyczyn ekonomicznych takiego stanu należy głównie do rządzących. Aptekarze mogą jedynie apelować i wyjaśniać, że pozorne oszczędności wynikające z wprowadzenia nowych, gorszych dla pacjentów list refundacyjnych spowodują znacznie większe wydatki w innych elementach systemu ochrony zdrowia.

2) Udział w Sympozjum oraz Walnym Zgromadzeniu Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU) w dniach 8-10 czerwca 2008r. w Helsinkach

W dniach 8-10 czerwca 2008r. w Sympozjum oraz Walnym Zgromadzeniu Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej wzięli udział Prezes NRA – dr Grzegorz Kucharewicz – oraz Koordynator Departamentu Spraw Zagranicznych NRA – mgr Piotr Bohater. Po południu 8 czerwca nastąpiło uroczyste przywitanie

przybyłych delegacji krajów członkowskich PGEU a także zaproszonych prelegentów i gości przez Sekretarza Generalnego PGEU – Johna Chave'a – oraz Prezesa PGEU – Mika Vidgrena. W trakcie tego spotkania było wiele okazji do wymiany najnowszych informacji z przedstawicielami izb aptekarskich z różnych krajów Unii Europejskiej oraz pracownikami sekretariatu PGEU.

„Współpraca w ochronie zdrowia" była tematem przewodnim Sympozjum, które odbyło się dnia 9 czerwca. Po przemówieniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej pani Pauli Risikko w pierwszej prezentacji przedstawione zostały warunki funkcjonowania rynku aptecznego w Finlandii. Wśród pozostałych prezentacji największe zainteresowanie wzbudziła prelekcja dotycząca zasad dopuszczania leków do sprzedaży odręcznej i perspektyw ujednolicenia tych zasad w UE, a także prezentacja przedstawiająca aktualny poziom wdrażania projektu e-Zdrowie oraz możliwości jego wykorzystania dla poprawy opieki zdrowotnej w Europie.

Walne Zgromadzenie PGEU, które odbyło się w dniu 10 czerwca, miało wyjątkowo obszerny program. Do najważniejszych punktów posiedzenia należały:

a) utworzenie Ekonomicznej Grupy Roboczej, która będzie zajmować się ekonomicznymi warunkami funkcjonowania aptek w krajach członkowskich Unii Europejskiej;
b) doświadczenia krajów, w których w ubiegłym roku do sprzedaży poza aptekami dopuszczone zostały wszystkie (Portugalia) lub wybrane (Włochy) leki OTC;
c) liberalizacja rynku aptecznego w Europie – omówiony został m. in. aktualny stan prac przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości w zakresie Procedur Naruszenia przeciwko takim krajom, jak: Niemcy, Austria, Włochy, Francja i Hiszpania;
d) najnowsze informacje z krajów członkowskich przedstawione zostały przez przedstawicieli izb aptekarskich z Czech, Węgier, Holandii, Irlandii, Niemiec i Słowacji. Niestety, były to wyłącznie informacje dotyczące niekorzystnych zmian dla środowiska aptekarskiego.

W ramach **najnowszych informacji z Polski** mgr Piotr Bohater przedstawił prezentację na temat Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza. Omówione zostały najważniejsze paragrafy tego rozporządzenia a prezentacja oraz angielskie tłumaczenie pełnego tekstu wyżej wymienionego rozporządzenia udostępnione zostały na stronie internetowej PGEU – zaraz po zakończeniu Walnego Zgromadzenia w Helsinkach. Duże zainteresowanie omawianym rozporządzeniem wśród członków PGEU wynika z faktu, że jest to właściwie pierwsze tego typu rozporządzenie w Europie, które w tak szczegółowy sposób reguluje wysyłkową sprzedaż produktów leczniczych.

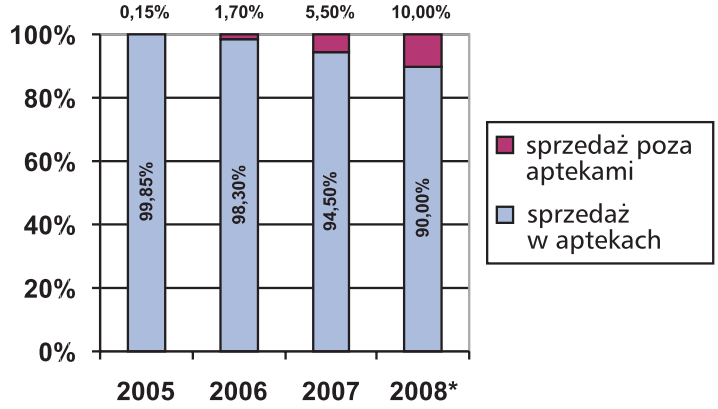
Utworzenie **Ekonomicznej Grupy Roboczej PGEU** ma mardzo duże znaczenie, ponieważ do jej najważniejszych zadań będzie należało zebranie dokładnych informacji w postaci bazy danych m. in. na temat systemów refundacji, kosztów funkcjonowania aptek, poziomu i stopnia regulacji cen leków, rabatów i świadczonych usług farmaceutycznych w poszczególnych krajach członkowskich UE.

Punktem wyjścia dla pracy tej grupy roboczej może być raport opracowany na zlecenie Komisji Europejskiej, zawierający informacje z 16 krajów UE. Zawiera on jednak liczne nieścisłości a wielu informacji brakuje. W trakcie prac Ekonomicznej Grupy Roboczej można będzie szybko uzupełnić brakujące informacje. Mają one bardzo duże znaczenie dla wsparcia prac Departamentu Legislacyjnego NRA.

Skutki liberalizacji dystrybucji leków OTC w Portugalii

Od września 2005r. w Portugalii dopuszczono do sprzedaży poza aptekami wszystkie leki OTC. Warunkiem takiej sprzedaży jest zatrudnienie przez punkt sprzedaży pozaaptecznej farmaceuty lub technika farmaceutycznego, który może odpowiadać za funkcjonowanie do pięciu takich punktów położonych w odległości nie większej, niż 50km. Leki w tych punktach nie mogą być wystawione w części samoobsługowej, a ich wydawać je może wyłącznie farmaceuta, technik farmaceutyczny lub inna osoba pod ich nadzorem.

Obecnie sprzedaż pozaapteczna leków OTC w Portugalii prowadzona jest w 668 punktach w 28 miastach (aptek jest 2.775, na jedną aptekę przypada średnio 3.782 pacjentów). Chociaż punkty pozaapteczne nie osiągnęły jeszcze znaczącego udziału w rynku leków OTC, to jednak duży niepokój budzi szybki wzrost tego udziału:



Wykres 1. Sprzedaż pozaapteczna leków OTC w Portugalii
(* dane dla roku 2008 są szacunkowe na podst. sprzedaży w pierwszym kwartale)

Bardzo ważny jest fakt, że ceny leków OTC zamiast spaść wzrosły średnio o 3,5% a w niektórych regionach wzrosły nawet powyżej 10%. Wprowadzona wbrew środowisku aptekarskiemu liberalizacja przyniosła więc odwrotny skutek od zamierzonego.

Skutki liberalizacji dystrybucji leków OTC we Włoszech

Liberalizacja rynku leków OTC we Włoszech nastąpiła w lipcu 2006r. Do sprzedaży pozaaptecznej dopuszczono około 350 leków. Obecnie sprzedaż pozaapteczna prowadzona jest w 173 punktach (79 z nich stanowią punkty w sklepach największej we Włoszech sieci sklepów spożywczych COOP) ale ocenia się, że do końca roku 2008 będzie już 270 punktów sprzedaży pozaaptecznej (aptek jest 17.206, na jedną aptekę przypada średnio 3.489 pacjentów).

Udział punktów pozaaptecznych w rynku leków OTC wynosi obecnie dopiero kilka procent, ale szybko rośnie ze względu na bardzo a**gresywną konkurencję cenową** (rabaty w punktach sprzedaży pozaaptecznej nawet do 20%). Sieć COOP zamierza ponadto wprowadzić na rynek leki pod własną marką. Na początek ma to być aspiryna z witaminą C w **cenie prawie trzy razy niższej** od dotychczas dostępnych preparatów w aptekach oraz pozostałych punktach pozaaptecznych. W roku 2009 sieć COOP zamierza wprowadzić kolejnych 10 preparatów pod własną marką.

Uwagę zwraca też kilkuprocentowy **wzrost liczby sprzedanych leków OTC** (zarówno pod względem ilości (+5%) jak i wartości (+3.49%)) w roku 2007, prawdopodobnie na skutek prowadzonych agresywnych działań marketingowych. Natomiast w roku 2006 odnotowano spadek sprzedaży leków O T C w porównaniu z rokiem 2005. Liberalizacja rynku OTC wpływa więc na zwiększenie ilości zażywanych leków z tej grupy.

Doświadczenia wybranych krajów UE w zakresie wprowadzania recept elektronicznych

Z dostepnych danych wynika, że najbardziej zaawansowanym regionem Europy pod względem wprowadzania w życie recept elektronicznych jest **Andaluzja** w Hiszpanii. W pozostałych regionach Hiszpanii system recept elektronicznych jest dopiero w fazie pilotażowej. Dane dotyczące Andaluzji:

- 40.000.000 wystawionych dotąd recept elektronicznych (99,77% bez problemów)
- system zaimplementowany w 3.000 aptek i w 500 ośrodkach zdrowia
- dostępny dla 92% ludności Andaluzji

W **Anglii** system recept elektronicznych jest jeszcze w fazie testowej. Do chwili obecnej około 80% aptek jest przygotowana do wdrożenia fazy 1 (re-

cepty przesyłane są elektronicznie oraz drukowane na papierze tego systemu. Przejście do fazy 2 (pełna funkcjonalność systemu) planowane jest na koniec roku 2008.

Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że na inwestycje obejmujące oprócz systemu recept elektronicznych również elektroniczne karty zdrowia pacjentów oraz karty chipowe dla personelu medycznego przeznaczono **12 miliardów funtów**!

Systemy recept elektronicznych testowane są również w wybranych aptekach w Niemczech oraz w innych krajach UE. Obecnie w ramach prac Departamentu Spraw Zagranicznych NRA zbierane będą szczegółowe informacje na ten temat. Korzystne byłoby zapoznanie się w przyszłym roku z pracą systemu recept elektronicznych w wybranej aptece np. w Anglii lub w Niemczech (wystarczy 1 lub 2 dni).

3) Udział w posiedzeniu plenarnym Grupy Roboczej HPro Card w dniu 22.05.2008r. w Luksemburgu

W posiedzeniu tym wziąłem udział razem z Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych dr. Jerzym Łazowskim. Na posiedzeniu byli obecni reprezentanci aptekarzy, lekarzy oraz pielęgniarek i położnych z Belgii, Francji, Luksemburga, Norwegii, Słowacji, Hiszpanii oraz Austrii. Był również przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Luksemburga oraz przedstawiciel PGEU.

W pierwszej części posiedzenia omówione zostały główne cele projektu HPro Card, przedstawieni zostali członkowie biorący aktywny udział w jego realizacji oraz harmonogram prac na najbliższe kilkanaście miesięcy. Przedstawiony też został aktualny stan wiedzy na temat uznawania kwalifikacji zawodowych w poszczególnych krajach. W swoim wystąpieniu zaprezentowałem możliwości **dostępu online do rejestru farmaceutów** logując się na serwerze firmy Datum, która przygotowała testową wersję rejestru farmaceutów (zawierającą wymyślone dane), zawierającą m.in. zdjęcie farmaceuty, informacje ouzyskanej specjalizacji, skany wybranych dokumentów, automatycznie wypełniane maile z zapytaniem o dodatkowe informacje, polska i angielska wersja językowa. Właściwie była to pierwsza prezentacja online tego typu rejestru na spotkaniu Grupy Roboczej HPro Card. Dostęp do informacji na temat farmaceutów zmieniających pracę w różnych krajach UE będzie miał w przyszłości kluczowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu międzynarodowych praw wykonywania zawodu. Jak dotąd bazy danych zawierające rejestry farmaceutów i dostęp do nich prezentowane były tylko na diagramach slajdów. W tej części posiedzenia przedstawiony został też budżet projektu, zawierający dotację przyznaną przez Komisję

Europejską (ok. 300 tys. euro)., struktura kierownictwa projektu oraz kalendarz spotkań w roku 2008. Przedstawicielka PGEU Patricia Munos poprosiła koordynatora projektu Patricka Fortuit o przedstawienie metod zapewnienia transparentności wydatków i finansowania projektu, sposobów informowania o kosztach funkcjonowania.

W drugiej części posiedzenia zaprezentowana została strona internetowa projektu zawierająca najważniejsze dokumenty, prezentacje oraz sprawozdania z odbytych spotkań. Prawnicy przedstawili też projekt statutu Stowarzyszenia HPro Card, który wzbudził dużo kontrowersji. Przedstawiciel PGEU wyraził wątpliwość, czy powołanie do życia wyżej wymienionego stowarzyszenia jest zgodne z intencjami Komisji Europejskiej. Wiele wątpliwości wzbudził też zaproponowany sposób podziału głosów oraz możliwość ustanowienia składki członkowskiej.

W przerwie spotkania w trakcie rozmowy z koordynatorem projektu HPro Card Patrickiem Fortuit poruszony został temat zorganizowania **spotkania grupy roboczej we wrześniu w Polsce**. Patrick Fortuit bardzo prosił o zorganizowanie spotkania w Krakowie i zaproszenie na nie przedstawicieli z Czech oraz krajów bałtyckich. Data spotkania określona została na 26 września. Zorganizowanie takiego spotkania nie będzie związane z dużymi kosztami. Wszyscy uczestnicy spotkania płacą za dojazd oraz hotel we własnym zakresie, za obiad w przerwie obrad zapłaci albo Patrick Fortuit albo uczestnicy spotkania – każdy za siebie. Rozmawiałem już wstępnie kilka tygodni temu z Prezesem Piotrem Jóźwiakowskim w sprawie pomocy w zorganizowaniu tego spotkania.

4) Informacje z wybranych krajów UE

Hiszpania: Zmiana w prawie farmaceutycznym polegająca na dopuszczeniu maksymalnie do 25 % udziałów we własności aptek przez osoby spoza zawodu to odpowiedź rządu hiszpańskiego na żądanie Komisji Europejskiej zniesienia obowiązującego do tej pory zakazu posiadania aptek przez osoby spoza zawodu. Warto dodać, że z powództwa Komisji Europejskiej przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości toczy się sprawa przeciwko obowiązującym w Hiszpanii regulacjom w sektorze farmaceutycznym. Zaskarżony został przepis określający minimalną liczbę (różną dla różnych autonomicznych regionów, wahającą się w przedziale od 2,8 - 4,0 tys.) niezbędną do otwarcia nowej apteki. Sprawa przeciąga się z powodów proceduralnych, jednak orzeczenia wyroku oczekuje wiele rządów państw UE oraz samorządy zawodowe aptekarzy tych krajów. Jak podkreślają nasi austriaccy koledzy z PGEU – rozstrzygnięcie tej sprawy będzie przełomowe dla obowiązujących aktualnie reguł w wielu innych krajach.

Belgia: Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS) wypowiedział się na temat wyroku w sprawie rozgraniczenia produktów leczniczych od suplementów diety wydanego 15 listopada 2007 roku przez sąd niemiecki. Niemcy odmówiły dopuszczenia do obrotu na swoim terytorium suplementu diety w postaci kapsułek zawierających macerat czosnkowy. Motywując swą decyzję stwierdzono, iż na niemieckim rynku farmaceutycznym obecne są podobne preparaty rejestrowane jako produkty lecznicze Skargę do ETS w tej sprawie wniosła Komisja Europejska oskarżając Niemiecki Urząd Rejestracyjny o łamanie wolności przepływu towarów. Sędziowie ETS orzekli, że kapsułka nie jest postacią zastrzeżoną wyłącznie dla produktów leczniczych. Ponadto sędziowie uzasadniali, że nie można odrzucać tegoż produktu ze względu na jego działanie fizjologiczne. Wymieniane w charakterystyce działanie fizjologiczne jak i działania niepożądane czy potencjalne interakcje maceratu czosnkowego są tak niewielkie, że w deklarowanej dawce niczego złego nie będą w stanie wywołać. Dlatego też ETS uznając działanie Niemieckiego Urzędu Rejestracyjnego za niewspółmierne do potencjalnego problemu zobowiązał ten urząd do dopuszczenia tegoż suplementu diety do obrotu na terenie Niemiec.

Włochy: Rząd włoski zliberalizował zasady otwierania aptek w tym kraju. Zmienione ograniczenia geograficzno – demograficzne dają zielone światło około 2 tys. nowych aptek. Powyższe regulacje niedotyczą jednak aptek na dworcach, lotniskach, parkingach przy autostradach oraz usytuowanych w dużych centrach handlowych. Ponadto rząd włoski wprowadził obowiązek płynnego reagowania przez apteki na zmieniające się potrzeby społeczeństwa a w konsekwencji wymóg ustawowy dostosowania do tych potrzeb godzin otwarcia aptek (do tej pory apteki we Włoszech miały stałe godziny otwarcia w całym kraju, oczywiście poza aptekami pełniącymi dyżury). Dodatkowo olbrzymiemu poszerzeniu uległa lista leków dopuszczonych we Włoszech do obrotu poza aptekami. Jednocześnie władze włoskie ostatecznie odstąpiły od planów zniesienia wyłączności dla aptek na obrót refundowanymi produktami leczniczymi.

Portugalia: Rząd Portugalii zezwolił na internetową sprzedaż produktów leczniczych. W sierpniu ubiegłego roku zostały wprowadzone przepisy zezwalające na ograniczony internetowy handel produktami leczniczymi. Ograniczony jako, że dopuszcza się możliwość internetowej sprzedaży leków zarówno Rp jak i OTC przez działające na podstawie aktualnych licencji apteki ogólnodostępne (wymóg uzyskania dodatkowej licencja na tzw. e-aptekę) oraz wyłącznie leków OTC przez tzw. licencjonowane punkty wydawania. Zezwolenia wydaje IFARMED – Portugalski odpowiednik GIF. Leki pacjenci

mogą zamawiać przez witryny internetowe, które muszą spełnić bardzo restrykcyjne wymogi. Wymogi te określają, kto może dostarczać leki do rąk pacjentów, jak przebiega realizacja zamówienia leków na receptę oraz leków refundowanych. Przez cały bieżący rok społeczeństwo portugalskie jest informowane w publicznej kampanii o pozytywach i negatywnych skutkach zaopatrywania się w leki przez internet. W kampanii tej biorą udział zarówno apteki, jak i prasa, radio i telewizja. Społeczeństwo jest informowane przede wszystkim o niebezpieczeństwach związanych z nabywaniem leków nieznanego pochodzenia oraz o tym jak sprawdzić wiarygodność witryny internetowej oferującej do nabywania produkty lecznicze.

Niemcy: W czasie, gdy aptekarze niemieccy i ich organizacje samorządowe z niecierpliwością uważnie śledzą poczynania Komisji Europejskiej jednocześnie oczekując na postanowienie ETS, niemiecki przemysł farmaceutyczny zajmuje pozycję obserwatora. Sprawa toczy się o stwierdzenie, czy obowiązujące w Niemczech zapisy prawa farmaceutycznego zabraniające osobom spoza zawodu oraz nie będącym obywatelami Niemiec otwierania i posiadania aptek oraz posiadania przez jednego aptekarza co najwyżej jednej apteki z ewentualnymi jej trzema filiami, są zgodne z treścią Traktatu UE. W opracowaniu T. Postina w 2 zeszycie z 2008r czasopisma niemieckich przemysłowców farmaceutycznych Pharmazeutische Industrie (Pharm. Industrie 2, s.165 (2008) podaje bardzo ciekawe dane o rynku aptecznym w Niemczech.

- Ponad 2 tys. aptek niemieckich do chwili obecnej posiada zezwolenia na internetową sprzedaż produktów leczniczych.
- Udział internetowej sprzedaży leków OTC na rynku niemieckim waha się w granicach od 2 do 3 % a w przypadku leków Rx liczba to nie przekracza 1 %.
- Szacuje się, że włączenie się do rynku farmaceutycznego bardzo silnego gracza kapitałowego, jakim jest sieć drogeryjna Schlecker, o rocznych obrotach w granicach 5,5 mld. Euro, posiadająca na terenie Niemiec 11 tys. filii, w połączeniu z holenderską apteką internetową Vitalsana może wyraźnie zmienić procentowy udział leków w sprzedaży internetowej.
- Autor wskazuje jednak na pewną wartość krytyczną, której nie da się pokonać. Mianowicie w USA, gdzie sprzedaż internetowa leków jest obecna już od wielu lat i mimo wszelakich działań promocyjnych i marketingowych właścicieli aptek internetowych, udział tego typu sprzedaży w całym rynku nie przekracza 10 %. Co jednak niepokoi przemysłowców niemieckich to fakt, że włączający się do rynku farmaceutycznego drogerzyści i sieci sklepów spożywczych a ostatnio (od marca br.) Deutsche Post – Poczta Niemiecka, będą z pewnością naciskali na obniżenie cen leków.

Węgry: wkrótce leki z automatu? Rząd węgierski oznajmił swoją przełomową ideę „poprawy zaopatrzenia społeczeństwa" w produkty lecznicze?. Wkrótce będą udostępnione zostaną społeczeństwu automaty dyspensujące najczęściej zażywane produkty lecznicze. Jednocześnie na mocy decyzji tego samego rządu automaty z papierosami zostaną wycofane. Tak więc razem z możliwością nabywania leków OTC (od początku 2007r.) na stacjach benzynowych i super marketach automaty dyspensujące leki tzw. „latające" apteki mają w przyczynić się w przyszłości do poprawy zaopatrzenia ludność wiejskiej. Planuje się, że takie ruchome apteki będą umiejscowione bezpośrednio w okolicy praktykujących lekarzy. Wszystko po to, aby można było realizować leki przepisywane przez lekarzy na receptach. Większość jednak leków, jakie będą dostępne w automatach to produkty OTC.

Wielka Brytania: Producenci farmaceutyczni dostarczają leki bezpośrednio do domu. Niektórzy producenci próbują coraz częściej pomijać handel hurtowy i detaliczny dostarczając w różny sposób leki prosto do odbiorców. Szacuje się, że obroty dokonywane w ten sposób sięgają mniej więcej 370 milionów euro przy rocznej stopie wzrostu od 10 do 15 procent. Narodowa Służba Zdrowia w wielkiej Brytanii – NHS oszczędza w ten sposób na narzutach i marżach handlowych jednocześnie pacjentów pozbawia się w ten sposób porad i opieki sprawowanych tradycyjnie w aptekach przez aptekarzy. Producenci pokazują w ten sposób, że wiedzą najlepiej o obrazie klinicznym choroby danego pacjenta i o jego potrzebach farmakologicznych. Cóż, liczy się zysk mimo wszystko.

(**Piotr Bohater –** magister farmacji, Prezes Dolnośląskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, Koordynator Departamentu Współpracy z Zagranicą V kadencji Naczelnej Izby Aptekarskiej).

dr n. farm. Elwira Telejko

Nowoczesne postacie leków -nowe technologie (konspekt wykładu)

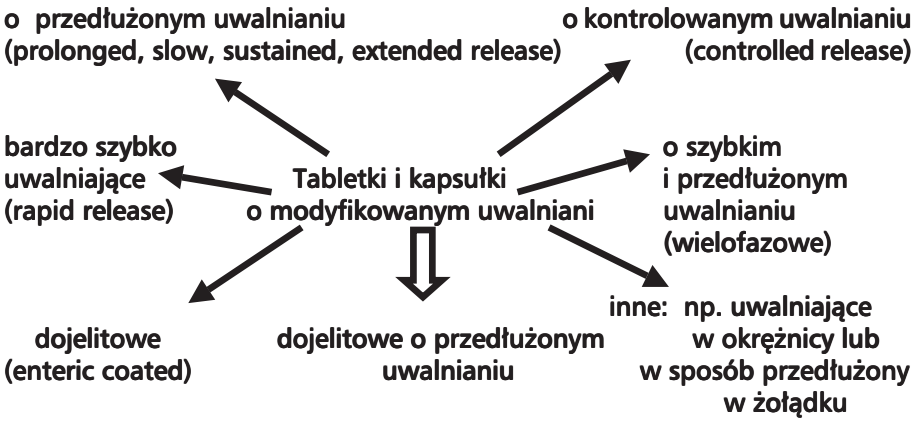
Nowoczesna postać leku powinna działać w odpowiednim czasie z odpowiednią siłą, odpowiednią drogą i być akceptowana przez pacjenta.
Obserwowany efekt farmakologiczny (kliniczny) jest końcowym rezultatem procesów farmakokinetycznych, którym podlega substancja lecznicza w organizmie. Pierwszym i jednym z ważniejszych etapów jest rozpad postaci farmaceutycznej i rozpuszczenie substancji leczniczej.
Leki podajemy różnymi drogami (pozajelitową, do jam ciała, przezskórną, wziewną, celowaną), ale najczęściej stosowana jest droga dojelitowa. Wybór opracowania technologicznego postaci leku zależy od właściwości fizykochemicznych substancji leczniczych.
Wprowadzanie do lecznictwa nowych postaci leku ma na celu zmniejszenie działań niepożądanych poprzez:

- zwiększenie biodostępności substancji leczniczej (szczególnie dla substancji trudno rozpuszczalnych w płynach ustrojowych)
- uzyskanie o (utrzymywanie optymalnego stężenia substancji leczniczej w miejscu działania na stałym poziomie przez zaplanowany czas.
- ułatwienie sposobu podawania leku (zmniejszenie częstotliwości)

Do procesów zwiększających dostępność biologiczną leków zaliczamy:

- Mikronizację (zwiększanie rozpuszczalności). Np. **Detralex –** *tabl. powl. (diosmin)*, **Grofibrat 200** *kaps. (fenofibrat)*, **Lipanthyl 200 M** – *kaps. (fenofibrat),* **Lipanthyl Supra 160** – *tabletki powl. (↑ 4-5h),* **Duphaston 10 mg** - *tabl. powl. (dydrogesteron),* **Lipanthyl NT -145 mg-** *tabl. powl. (nanocząsteczki)*
- Zastosowanie cyklodekstryn (zwiększanie rozpuszczalności)
- Modyfikację cząsteczki w celu wydłużenia biologicznego okresu półtrwania.
- Zastosowanie proleków (enalapril, peryndopryl, trandolapryl (ACEI), nabumeton (NLPZ)).

Tabletki to najczęściej stosowana postać leku. Powodują to względy terapeutyczne, technologiczne i ekonomiczne.
Substancja lecznicza w postaci tabletki może być stosowana doustnie i uwalniana w różnych odcinkach przewodu pokarmowego: jama ustna (policzek, dziąsło, podjęzykowo), żołądek, dwunastnica, jelito cienkie, jelito grube (okrężnica).Szybkość uwalniania może być także różna.



Ryc.1. Doustne postacie leków o modyfikowanym uwalnianiu

Preparaty o szybkim rozpuszczaniu substancji leczniczej: (FDDF - fast dissolving drug formulation) -kontrolowane uwalnianie. Tabletkę umieszcza się na języku, substancja rozpuszcza się szybko i przedostaje do śliny (równoczesne podawanie wody nie jest konieczne).
Uzyskuje się duże początkowe stężenie w osoczu, co zapewnia natychmiastowe działanie *(Imodium Instant (loperamid); liofilizat doustny, Zofran (ondansetron); liofilizat doustny), Efferalgan Odis, Nurofen Topss (ibuprofen), Rispolept Quicklet, Mepharis 5, Risperatio Oro (risperidon), Mirtazapine Teva)*
Tabletki powlekane (pierwsze tabletki powlekane otrzymano w 1891 r.)
Otoczki w zależności od celu powlekania mogą mieć różny skład i różną grubość:
- otoczka cukrowa (sacharoza): tabletka drażowana (drażetka) – 30-80% masy tabletki
- otoczka z substancji wielkocząsteczkowych błonotwórczych: tabletka powlekana – 2-8% masy tabletki.

Cele powlekania:
Ochrona przed czynnikami atmosferycznymi: tlen, woda, światło, wilgoć
Maskowanie przykrego smaku, zapachu (drażowanie)
Ochrona przed utratą substancji lotnych
Oddzielenie wzajemnie niezgodnych substancji
Zapobieganie inaktywacji substancji leczniczej w kwaśnym środowisku żołądka (omeprazol)
Ochrona błony śluzowej żołądka przed drażniącym działaniem substancji leczniczej (NLPZ)
Działanie miejscowe: antyseptyki jelitowe, przeciw pasożytom jelitowym,

zapalnym chorobom jelit (mesalazyna), zaburzenia trawienia (pankreatyna)
Celem otrzymania tabletek dojelitowych.
Celem uzyskania stałych postaci leków o przedłużonym działaniu.

Peletki, granulki, mikrokulki (o średnicy 0,5-2 mm)

Peletki, otrzymuje się, rozpuszczając lub zawieszając substancję leczniczą w syropie, a następnie powlekając nim granulki cukrowe. Można je następnie otoczkować substancjami powlekającymi. Peletki o różnej grubości warstwy powlekającej lub różnym stopniu rozpuszczalności w płynach ustrojowych umieszcza się w kapsułce jako opakowaniu leku (można uzyskać w ten sposób przedłużone działanie leku).

Peletki można tabletkować. Przykładem peletek tabletkowanych jest Betaloc ZOK (metoprolol) – tabletki o kontrolowanym uwalnianiu. Tabletka zaraz po jej aplikacji rozpada się na peletki, które kształtują mechanizm uwalniania substancji leczniczej. Dzięki stałemu jej uwalnianiu, w czasie procesu rozpuszczania utrzymuje się stałe stężenie leku we krwi, co jest ważne w leczeniu prowadzonym przy użyciu leków ß-adrenolitycznych.
Inne przykłady to: Dexprofen tabl. 150, 300, 450 mg (deksibuprofen), Losec MUPS tabl. (omeprazol) - kapsułkę lub tabletkę dojelitową można zawiesić w lekko kwaśnym płynie (soku, jogurcie lub wodzie) i wypić.

Niewiele substancji leczniczych wchłania się z taką samą szybkością z różnych odcinków przewodu pokarmowego (w żołądku, jelicie cienkim, okrężnicy). Także czas przebywania postaci leku w poszczególnych jego odcinkach może być zróżnicowany. Przykładem postaci leku utworzonej dla substancji leczniczych, które lepiej się wchłaniają w kwaśnym środowisku żołądka są kapsułki flotacyjne (pływające) (np.Madopar HBS).

Kapsułka wypełniona mieszaniną proszków substancji leczniczej i substancji tworzącej żel utrudnia dyfuzję wody do wnętrza pęczniejącej masy i zamyka w ten sposób część powietrza zawartą w proszku. Utworzona masa hydrożelowa o gęstości mniejszej od jedności, po zanurzeniu w soku żołądkowym silnie pęcznieje i pływa (4,5-8 h). W badaniach są także peletki o masie większej od jedności (zalegające) oraz tabletki bioadhezyjne.

Celowane uwalnianie substancji leczniczej w okrężnicy

Okrężnica stanowi dystalną część przewodu pokarmowego, gdzie składniki pokarmowe nie są już wchłaniane a następuje resorpcja zwrotna wody, soli mineralnych i enzymów. Postać leku powinna zatem przejść przez środowisko żołądka, dwunastnicy i jelita cienkiego, ochraniając substancję leczniczą przed rozkładem chemicznym lub enzymatycznym, a w okrężnicy stosunkowo szybko ją uwolnić.
Modyfikowane uwalnianie najczęściej uzyskuje się przez zastosowanie technologii powlekania.

Np. Sulfasalazyna (salazopiryn, sulfasalazin), stosowana we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, składa się z kwasu 5-aminosalicylowego oraz komponenty sulfonamidowej – sulfapirydyny, której obecność zapobiega wchłonięciu kwasu 5-ASA w żołądku i jelicie cienkim. Obecny w okrężnicy (wytwarzany przez bakterie) enzym - azoreduktaza - powoduje rozszczepienie sulfasalazyny do aktywnej cząsteczki 5-ASA i substancji balastowej – sulfapirydyny. Sulfapirydyna, jak stwierdzono, jest odpowiedzialna za większość objawów niepożądanych: takich jak nudności, gorączka, bóle głowy i brzucha, zmniejszenie łaknienia, zaburzenia hematologiczne, reakcje alergiczne oraz przemijającą oligospermię.
Mesalazyna - kwas 5-aminosalicylowy pozbawiony sulfapirydyny ma mniej działań niepożądanych, ale podany doustnie wchłania się z przewodu pokarmowego już w żołądku.
W celu umożliwienia dotarcia leku do miejsc dotkniętych chorobą podawana jest w postaci tabletek i granulek o przedłużonym uwalnianiu lub powlekanych tabletek dojelitowych.
Tabletki o opóźnionym uwalnianiu pokryte są otoczką z żywicy akrylowej opornej na działanie soku żołądkowego (Salofalk, Claversal, Mesalal) i uwalniają substancję czynną po rozpuszczeniu otoczki, gdy pH osiągnie wartość powyżej 6, co ma miejsce w końcowym odcinku jelita krętego i okrężnicy.
Tabletki Pentasy zawierają mikrogranulki pokryte powłoką z etylocelulozy, przez którą odbywa się powolna dyfuzja substancji czynnej, niezależnie od odczynu środowiska.
Uwalnianie leku rozpoczyna się już w żołądku i może oddziaływać na zmiany zapalne w górnym odcinku przewodu pokarmowego oraz w jelicie cienkim.
Należy pamiętać, że leki obniżające pH jelita grubego, mogą osłabiać działanie leków, których uwalnianie zależy od pH okrężnicy (np. laktuloza rozkładana przez enzymy bakteryjne do kwasu mlekowego i octowego).

Zadaniem postaci leku o przedłużonym działaniu jest przede wszystkim zapewnienie stałego stężenia substancji leczniczej w organizmie chorego przez 8-12 h (a nawet 24 h), eliminację kilkakrotnego podawania leku w ciągu dnia oraz zmniejszenie sumarycznej dawki leku w ciągu doby i w konsekwencji ograniczenie działania niepożądanego leku.
Leki o przedłużonym działaniu znalazły zastosowanie głównie w chorobach przewlekłych (choroby serca, przewodu pokarmowego, cukrzyca, choroby psychiczne).
Najkorzystniejsza jest tak postać leku, która podana raz na dobę zapewnia skuteczne działanie przez 24 h oraz utrzymuje co najmniej 50% maksymalnego działania po upływie 24 h.
Przykładem takich postaci leków są leki β-adrenolityczne (bisoprolol-Concor COR, metoprolol- Betaloc ZOK, carvedilol-Dilatrend, Vivacor), blokujące kanały wapniowe (werapamil, nitrendypina), α-adrenolityczne (prazosyna- Cardura XL),

inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI), antagoniści receptorów angiotensyny II (losartan -Xartan). Leki te charakteryzują się również korzystnym wpływem na profil ciśnienia tętniczego oraz działaniem kardioprotekcyjnym.

Zasady przyjmowania leków o przedłużonym działaniu:

- nie należy dzielić tabletek (chyba że mają kreskę podziału)
- nie popijać leku gorącymi płynami lub alkoholem
- nie przyjmować leków zobojętniających łącznie z postaciami dojelitowymi

Należy również pamiętać, że tabletki matrycowe wydalają się w stanie niezmienionym (Kalipoz prolongatum), i że pierwsza dawka leku wykazuje opóźnione działanie

Wiedza o interakcjach pomiędzy lekami musi być poszerzona o znajomość interakcji pomiędzy lekami a żywnością.

Interakcje pomiędzy lekami a spożywanym pokarmem mogą powodować istotne następstwa kliniczne takie jak brak lub zmniejszenie efektów terapeutycznych oraz wystąpienie niebezpiecznych powikłań (zaburzenia przewodzenia i rytmu serca, gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi).

Interakcje pomiędzy lekami a żywnością, uznawaną powszechnie za bardzo zdrową (płatki owsiane, mleko, jarzyny, chleb razowy) mogą mieć miejsce na wszystkich poziomach procesów farmakokinetycznych (uwalnianie, wchłanianie, dystrybucja, metabolizm, wydalanie) i mogą zmniejszyć wchłanianie leków nawet o 50%.

Produkty i potrawy zawierające dużo błonnika (płatki owsiane, chleb razowy, otręby) – powodują adsorpcję: preparatów naparstnicy (Bemecor, Digoxin) i w konsekwencji zaostrzenie niewydolności serca, trójpierścieniowych leków antydepresyjnych (Amitryptylina, Imipramina), stosowanych w leczeniu zespołów depresyjnych (potencjalna możliwość samobójstwa pacjenta, u którego z powodu braku stężenia terapeutycznego leku we krwi, nie występuje jego działanie przeciwlękowe i przeciwdepresyjne).

Oznakowania firmowe postaci leków

SR-E - Slow Release - Extension (spowolnione uwalnianie - przedłużenie) (Isoptin SR-E-240)

LAR - Long Acting Release (długo działające uwalnianie) (Sandostatin LAR)

PR - Prolonged Release (przedłużone uwalnianie) (Somatuline PR)

RD - Retard (przedłużone uwalnianie, spowolnione)

LA - Long Acting (długo działający) (Zoladex LA - implant)

SRO - Slow Release Order (stan spowolnionego uwalniania) (Zaditen SRO, Lomir SRO kaps.)

CR - Control Release (kontrolowane uwalnianie)

Duplex - podwójny

Forte - wzmocniony

MR - Modificated Release (modyfikowane uwalnianie)

Retard - przedłużone uwalnianie (spowolnione, opóźnione)

SR - Slow Release (spowolnione uwalnianie) (Indapamid SR, lub
- Sustained Release (podtrzymywane uwalnianie) (Alprazolam Neural SR- tabl; okres ważności -3 lata, po otwarciu -30 dni w temp > 25^{0}C
HBS - Hydrodynamically Balanced System (system zrównoważony hydrodynamicznie); (Madopar)
GITS- Gastrointestinal Therapeutic System (Glibenese GITS)
ER - Extended Release („rozciągnięte" uwalnianie)
EN - Enteron (jelito)
EC - Enteric Coated (powlekane dojelitowe)
CD - Controlled Delivery (kontrolowane dostarczanie)
ZOK - Zero Order Kinetic (reakcja kinetyczna zerowego rzędu) (Betaloc ZOK)
XL - Extended Liberation („rozciągnięte" uwolnienie) (Cardura XL)
MUPS - Multiple Unit Pellet System (system wielokrotnych jednostkowych peletek)
Concor (nadciśnienie) i **Conor COR** (rozszerzone wskazania do stosowania w chorobie niedokrwiennej serca (NS))

Piśmiennictwo:

1. Kreuter J. Application of nanoparticles for the delivery of drugs to the brain. International Congress Series 1277 (2005) 85-94
2. Sawicki W.: Postacie leku o celowanym uwalnianiu substancji leczniczej w środowisku żołądka, Farm. Pol. 59, 20-23 (2003)
3. 3..Sznitowska M., Żebrowska W.: Doustne postacie leku o modyfikowanym uwalnianiu. I. Tabletki o przedłużonym uwalnianiu, Ordynator Leków 3, nr 5, 3-14 (2003)
4. Sznitowska M., Żebrowska W.: Doustne postacie leku o modyfikowanym uwalnianiu. II. Kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, Ordynator Leków 3, nr 6, 10-17 (2003)
5. Sznitowska M., Żebrowska W.: Doustne postacie leku o modyfikowanym uwalnianiu. III. Dojelitowe postacie leku oraz tabletki o nietypowym profilu uwalniania lub konstrukcji, Ordynator Lek. 4, nr 1, 27-35 (2004)
6. Pietkiewicz P., Sznitowska M.: Technologia wytwarzania peletek, Farm. Pol. 60, 607-613 (2004)
7. Sznitowska M., Płaczek M.: Tabletki liofilizowane i inne tabletki szybko rozpuszczalne w jamie ustnej, Ordynator Leków 4, nr 7-8, 33-38 (2004)
8. Sznitowska M.: Leki pozajelitowe początku XXI wieku, Farmacja Regionu Półn.-Wsch. 1, 21-24 (2006)
9. Schnitzer T., Bone H.G., Crepaldi G. et al.: Therapeutic equivalence of alendronate 70 mg once-weekly and alendronate 10 mg daily in the treatment of osteoporosis. Aging Clin. Exp. Res., 2000; 12: 1-12.
10. R. Kaliszan: Fascynująca farmacja XXI wieku. Internetowy Uniwersytet Medyczny w Gdańsku - wykład)

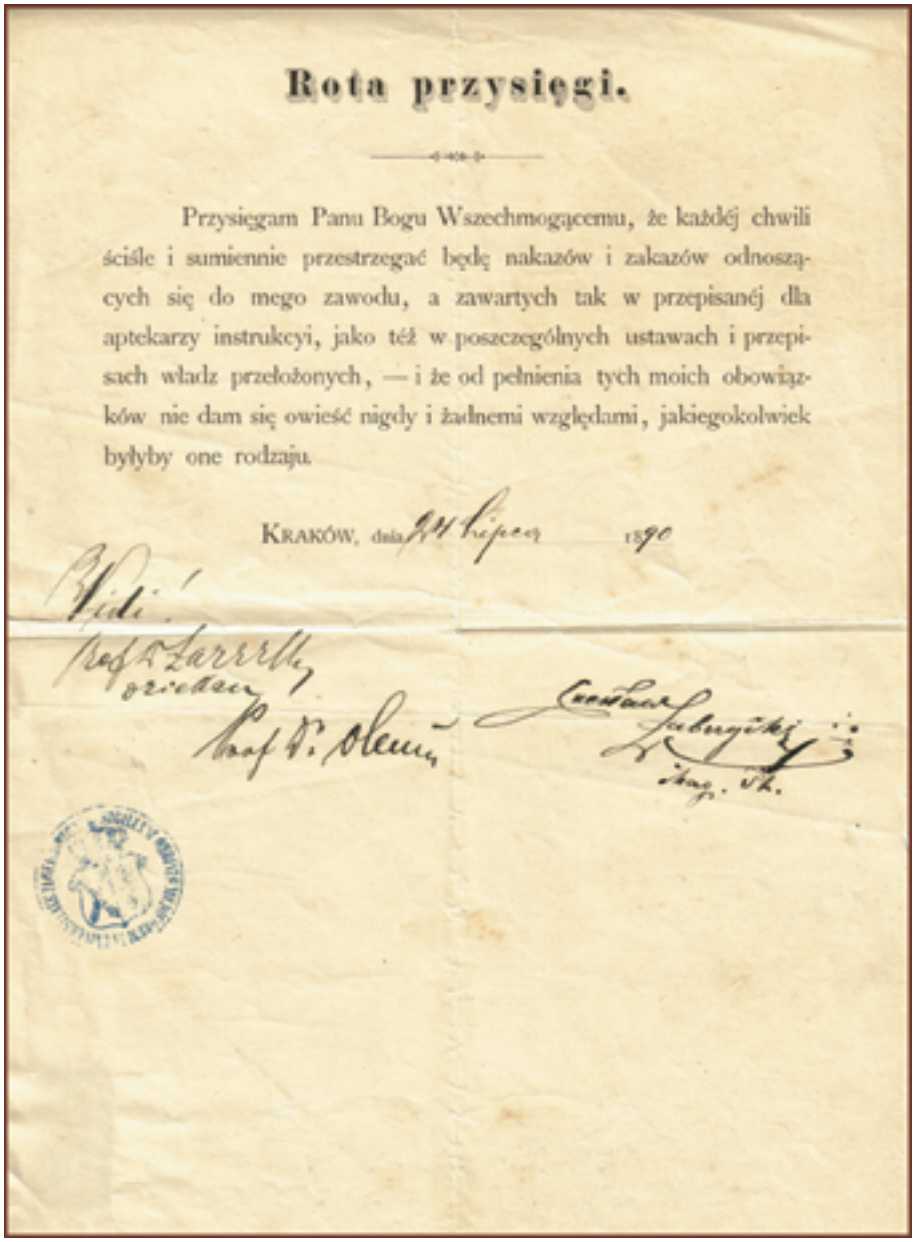
(**Elwira Telejko** – doktor nauk farmaceutycznych, Krajowy Konsultant w dziedzinie Farmacji Aptecznej. Kierownik Studium Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku).

mgr farm. Maciej Bilek

Magister Czesław Wieniawa Zubrzycki

Bohater niniejszego artykułu urodził się 25 czerwca 1867 roku w Krakowie, jako potomek szlacheckiej rodziny Zubrzyckich, pieczętujących się herbem Wieniawa. Po ukończeniu Gimnazjum św. Anny, jako uczeń, wstąpił na praktykę do krakowskiej apteki „Pod Złotym Orłem". Po złożeniu egzaminu tyrocynalnego przed Gremium Aptekarzy Krakowskich w dniu 1 września 1886, został asystentem apteki w Suchej. W roku 1888 zapisał się na dwuletnie studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. Pierwszy „egzamin ścisły", kończący pierwszy rok nauki, zdał z samymi wynikami celującymi – z botaniki i zoologii. Z kolei na drugim roku, wedle opinii bardzo surowego i wymagającego profesora Karola Olszewskiego, *Zubrzycki uczęszczał bardzo pilnie na wykłady chemii i pracował gorliwie w laboratoryum chemicznem*. W roku 1890, po zdaniu egzaminu, zwanego rygorozum, uzyskał dyplom magistra farmacji. Ostatnią formalnością, jaką Czesław Zubrzycki musiał dopełnić było złożenie w dniu 24 lipca 1890 przysięgi o następującej treści: *Przysięgam Panu Bogu Wszechmogącemu, że w każdej chwili ściśle i sumiennie przestrzegać będę nakazów i zakazów odnoszących się do mego zawodu, a zawartych tak przepisanej dla aptekarzy instrukcyi, jako też w poszczególnych ustawach i przepisach władz przełożonych, – i że od pełnienia tych moich obowiązków nie dam się zwieść nigdy i żadnemi względami, jakiegokolwiek byłyby one rodzaju.*

Magister Czesław Wieniawa Zubrzycki (ilustracja z „Wiadomości Farmaceutycznych", nr 45/1933)



Rota przysięgi.

Przysięgam Panu Bogu Wszechmogącemu, że każdéj chwili ściśle i sumiennie przestrzegać będę nakazów i zakazów odnoszących się do mego zawodu, a zawartych tak w przepisanéj dla aptekarzy instrukcyi, jako téż w poszczególnych ustawach i przepisach władz przełożonych, — i że od pełnienia tych moich obowiązków nie dam się owieść nigdy i żadnemi względami, jakiegokolwiek byłyby one rodzaju.

KRAKÓW, dnia 24 lipca 1890

Rota przysięgi magistra farmacyi Czesława Zubrzyckiego. Ze zbiorów Muzeum Farmacji UJ.

W roku 1890, jako „jednoroczny ochotnik farmaceutyczny", mianowany został praktykantem przy aptece szpitala garnizonowego nr 15 w Krakowie, „celem odbycia czynnej służby wojskowej".

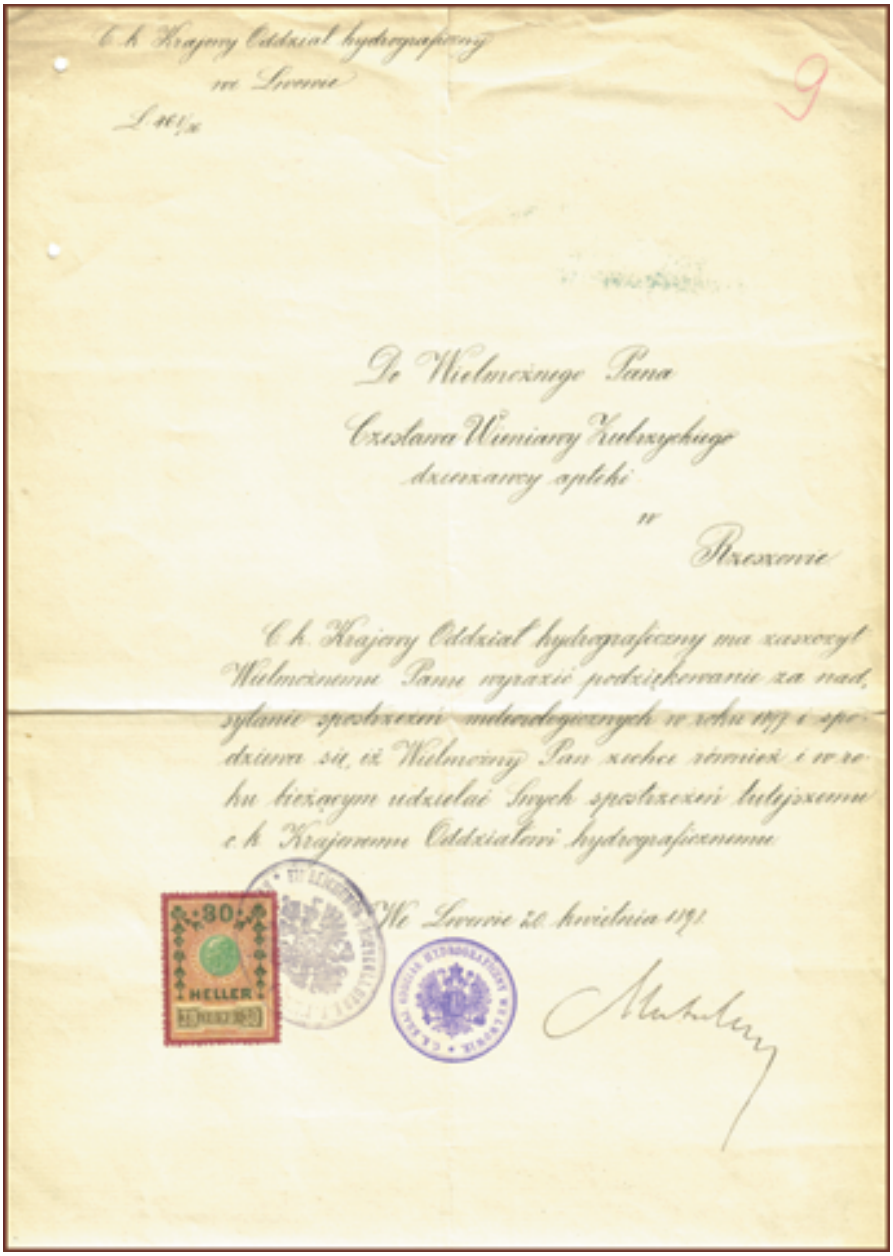
Po odbyciu służby na długie lata związał się z c.k. Apteką Obwodową „Pod Orłem" w Rzeszowie, należącą początkowo do Wojciecha Kalinowskiego, a następnie do jego spadkobierców. Ta najstarsza w Rzeszowie apteka, założona w roku 1720, znajdował się przy ówczesnej ulicy pańskiej 365. Czas pracy Zubrzyckiego w dzisiejszej stolicy Podkarpacia był niewątpliwie najciekawszym okres w jego życiu. Początkowo, od 18 października 1891, pracował jako zwykły pracownik. Jego bezpośredni przełożony, zarządca apteki „Pod Orłem", magister Mikołaj Proń, tak pisał w opinii datowanej na 10 czerwca 1893 roku: *gorliwą swoją pracą, sumiennością i uprzejmością dla publiczności zasłużył sobie na wszelkie pochwalenie.*

„Złote wesele" magistra Czesława Zubrzyckiego (po prawej). Po lewej stronie żona – Alberta Zubrzycka z domu Tintor. Zdjęcie ze zbiorów rodzinnych.

W dniu 30 czerwca 1895 roku, Zubrzycki, posiadający już wymagany do tego celu pięcioletni staż pracy, został zarządcą apteki „Pod Orłem". Przez okres 17 lat pracy w Rzeszowie magister Zubrzycki pełnił niezliczone funkcje społeczne. Od roku 1899 był *znawcą sądowym do czynności w zakresie farmacyi* dla okręgu sądowego Sądu Obwodowego w Rzeszowie. W roku 1908 został radnym miasta Rzeszowa. Na największą jednak uwagę zasługują prace magistra Zubrzyckiego w zakresie nadań meteorologicznych. Przez długie lata prowadził w Rzeszowie bardzo odkrywcze obserwacje meteorologiczne, co w roku 1897 spotkało się z niezwykłym wyrazem uznania: Komisja Fizjograficzna Akademii Umiejętności w Krakowie mianowała go bowiem Współpracownikiem Komisyi Fizjograficznej i zaprosiła (...) *do udziału w swych pracach*. Uchwałę na ten temat podjął Wydział Matematyczno-Przyrodniczy Akademii Umiejętności w dniu 13 maja 1897. W rok później, 20 kwietnia 1898 roku, nadeszły kolejne wyrazy uznania: c.k. Krajowy Oddział Hydrograficzny dziękował magistrowi Zubrzyckiemu za nadsyłanie spostrzeżeń meteorologicznych i wyrażał jednocześnie nadzieję, że *i w roku bieżącym udzielać będzie Zubrzycki swych spostrzeżeń tutejszemu c.k. Krajowemu Oddziałowi Hydrograficznemu*.

Magister Zubrzycki, jako zarządca i dzierżawca apteki „Pod Orłem", próbował szczęścia w aptecznym „biznesie" także i w innych regionach Galicji. Na początku roku 1902 zakupił aptekę w Nowym Targu, jednak już po upływie kilkunastu dni... sprzedał ją magistrowi farmacji Emilowi Scheinowi. W 1907 *w pierwszej instancyi* otrzymał koncesję na założenie i prowadzenie czwartej apteki w Rzeszowie, decyzja ta nie została jednak potwierdzona przez wyższe instancje.

Pismo komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności w Krakowie z dnia 18 maja 1897 roku do magistra Czesława Zubrzyckiego. Ze zbiorów Muzeum Farmacji UJ.



C.k. Krajowy Oddział hydrograficzny
we Lwowie

L 461/98

9

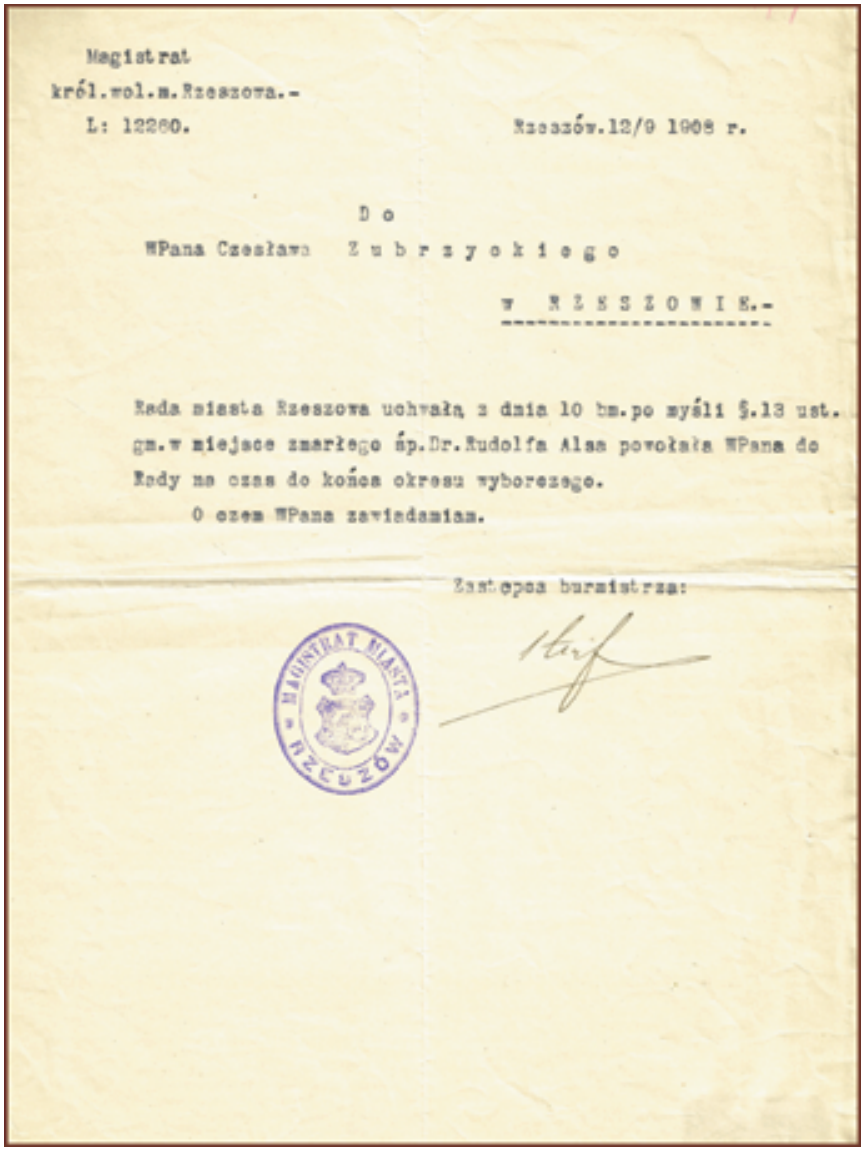
Do Wielmożnego Pana
Czesława Winiarcy Zubrzyckiego
dzierżawcy apteki
w
Przeworsku

C.k. Krajowy Oddział hydrograficzny ma zaszczyt Wielmożnemu Panu wyrazić podziękowanie za nadsyłanie spostrzeżeń meteorologicznych w roku 1897 i spodziewa się, iż Wielmożny Pan zechce również i w roku bieżącym udzielać Swych spostrzeżeń tutejszemu c.k. Krajowemu Oddziałowi hydrograficznemu.

We Lwowie 20 kwietnia 1898

30 HELLER

Pismo *c.k. Krajowego Oddziału hydrograficznego* z dnia 20 kwietnia 1898 roku do magistra Czesława Zubrzyckiego. Ze zbiorów Muzeum Farmacji UJ.



Magistrat
król.wol.m.Rzeszowa.-
L: 12260. Rzeszów.12/9 1908 r.

D o
WPana Czesława Z u b r z y c k i e g o
w R Z E S Z O W I E.-

Rada miasta Rzeszowa uchwałą z dnia 10 bm.po myśli §.13 ust. gm.w miejsce zmarłego śp.Dr.Rudolfa Alas powołała WPana do Rady na czas do końca okresu wyborczego.

O czem WPana zawiadamiam.

Zastępca burmistrza:

MAGISTRAT MIASTA RZESZÓW

Pismo *magistratu królewskiego wolnego miasta Rzeszowa* z dnia 12 września 1908 roku do magistra Czesława Zubrzyckiego. Ze zbiorów Muzeum Farmacji UJ.

W 1910 występował o przyznanie koncesji na drugą aptekę w Bochni. W maju tego roku koncesję otrzymał, ale na uruchomienie apteki w pod-

krakowskich Dębnikach, przyłączonych wówczas jako dzielnica do „Wielkiego Krakowa". Apteka została otwarta dnia 22 października 1910 roku, magister Zubrzycki prowadził ją przez ponad 10 lat. W roku 1922, podobnie jak i wiele innych polskich aptek, apteka magistra Zubrzyckiego zbankrutowała na skutek szalejącej hiperinflacji.

Od 1 grudnia 1922 roku, jako aptekarz kontraktowy, podjął pracę w aptece krakowskiego wojskowego Szpitala Okręgowego i pracował tam aż do likwidacji etatu przez Ministerstwo Spraw Wojskowych w dniu 31 sierpnia 1926. Odchodzącemu z pracy Zubrzyckiemu komendant Szpitala, pułkownik-lekarz Krysakowski wystawił następującą opinię*: Jako człowiek starszy i poważny, o prawym charakterze, obowiązki swe spełniał sumiennie, ku mojemu zadowoleniu*. Jednocześnie do pracy w aptece szpitalnej pracował magister Zubrzycki w aptece „Imienia Królowej Jadwigi" w Krakowie.

Rodzina Zubrzycki – od prawej stoją: magister Czesław Zubrzycki, Janina Bączkowska (krewna, studentka pierwszego roku studiów farmaceutycznych) oraz synowie Czesława: Stanisław i Ludwik. Zdjęcie ze zbiorów rodzinnych, wykonane przed domem Ludwika w Cichym Kąciku w Krakowie.

W roku 1929 Czesław Zubrzycki otrzymał koncesję na prowadzenie apteki w Prokocimiu pod Krakowem i pozostawał jej właścicielem jeszcze w roku 1949. Jak wspomina rodzina magistra Zubrzyckiego apteka ta znajdowała się w pobliżu stacji kolejowej i zaopatrywali się w niej głównie kolejarze, posiadający swój specjalny system opieki zdrowotnej.

W roku 1933, już jako właściciel apteki w Prokocimiu, obchodził magister Zubrzycki jubileusz pięćdziesięciolecia pracy zawodowej. W uznaniu półwiecznego stażu pracy Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne uhonorowało go dyplomem, zaś „Wiadomości Farmaceutyczne" zamieściły okolicznościowy artykuł (nr 45, s. 608). Magister Zubrzycki, jako właściciel apteki w Prokocimiu nadal angażował się społecznie, choć już na zupełnie innym polu. W roku 1936/37 s*pełnił swój obowiązek obywatelski, biorąc udział w zbiórce Funduszu Obrony Narodowej*, zaś w 1946 otrzymał „Dyplom" i odznakę pamiątkową Komitetu Obywatelskiego Premiowej Pożyczki Odbudowy Kraju.

Żoną magistra Zubrzyckiego była Alberta z domu Tintor, wywodząca się z rodziny pochodzenia włoskiego. Mieli trójką dzieci. Maria, zamężna Owsińska, w roku 1920 ukończyła kurs dla fachowych pomocników aptekarskich i od lat trzydziestych pracowała w aptece ojca w Prokocimiu. Po nacjonalizacji była kierowniczką prokocimskiej apteki. Syn Ludwik był bankowcem, zaś Stanisław, absolwent studiów farmaceutycznych w Krakowie z roku 1935, w drugiej połowie lat czterdziestych był zastępcą wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Krakowie. Następnie pracował w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia.

Magister Czesław Zubrzycki zmarł 1 lutego 1957 roku w Krakowie. Pochowany jest na cmentarzu Rakowickim.

(Piśmiennictwo u autora).

(**Maciej Bilek** – magister farmacji, aptekarz krakowski, historyk zawodu.
Autor ponad stu publikacji na temat historii farmacji na terenie Małopolski i Podkarpacia, redaktor „Farmacji Krakowskiej”).

mgr farm. Lucyna Samborska

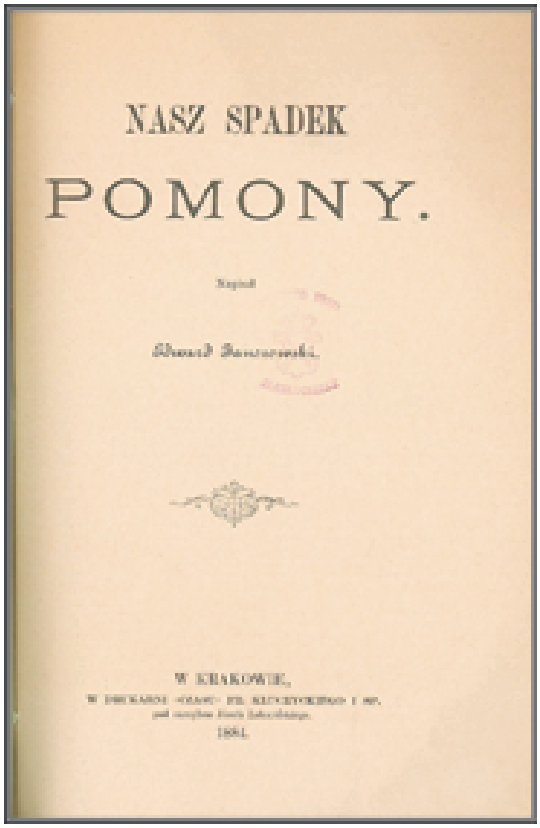
NAUCZANIE FARMAKOGNOZJI W KRAKOWIE W DRUGIEJ POŁOWIE XIX WIEKU

Po śmierci profesora Fryderyka Kazimierza Skobla w 1876 r. wykłady z farmakognozji dla studentów farmacji objął Edward Janczewski-Glinka, profesor anatomii i fizjologii roślin, botanik, kierownik Katedry Anatomii i Fizjologii Roślin, rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek Akademii Umiejętności.

Edward Janczewski w młodym wieku.

Edward Janczewski wykładał farmakognozję dla farmaceutów od półrocza letniego roku akademickiego 1876-1877 r. do półrocza letniego roku akademickiego 1878-1879. Zajęcia z farmakognozji odbywały się w sali farmakologiczno-mineralogicznej Kolegium Fizycznego nr 195 przy ulicy św. Anny 6.

W programach studiów z lat 1876-1879 podano, że na wykłady z farmakognozji, które odbywały się na Wydziale Lekarskim przewidziano trzy godziny tygodniowo. Dodatkowo w półroczu letnim w roku akademickim 1877-1878 Janczewski wykładał również dla farmaceutów i lekarzy „wstęp botaniczny do farmakognozji" we czwartki od godziny 16.00 do 17.00.


NASZ SPADEK

POMONY.

W KRAKOWIE,

1884.

Strona tytułowa pracy E. Janczewskiego pt. Nasz spadek Pomony, Kraków 1884 r.

Oprócz prowadzenia wykładów profesor Janczewski sprawował również opiekę nad gabinetem farmakognostycznym. Niestety, dotacje na ten cel były bardzo niewielkie. W sprawozdaniu z dnia 12 listopada 1879 roku podał on, że kwota funduszy otrzymanych w 1878 r. wyniosła 200 zł austriackich. Mimo tak skromnych środków finansowych profesor Janczewski dokonywał zakupów nowych narzędzi, aparatury i sprzętu do Katedr oraz uzupełniał bibliotekę o nowe publikacje, szczególnie z zakresu botaniki. Z zamiłowania botanik, Janczewski przygotowywał w pracowni liczne zielniki, które wykorzystywał w pracy dydaktycznej. Najbardziej znane są zielniki porzeczek – zebrał wtedy najbogatszą na świecie kolekcję licznych gatunków porzeczek.

Uczeń Janczewskiego, profesor K. Stecki, wspominał: „Warunki pracy naukowej były wtedy, jak widzimy, bardzo skromne, ale jakże żywym tętnem biło w tych skromnych pokojach zainteresowanie nauką". W innym miejscu wypowiadał się o Janczewskim jako dydaktyku: „(...) mimo, iż zawsze poważny i w codziennych stosunkach z młodzieżą pozornie nieco sztywny, umiał jednak zainteresować i zachęcić młodych ludzi do nauki, pociągał ich swą rozległą wiedzą i wychował całe pokolenie młodych (...), z których wielu zajęło po tym wybitne miejsce w nauce polskiej."

W latach 1879-1882 zastępczo wykłady z farmakognozji prowadził Aleksander Stopczański, profesor chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zajęcia z tego przedmiotu odbywały się wówczas w poniedziałki, czwartki i piątki od godziny 12 do 13. Ponadto, w półroczu letnim roku akademickiego 1881-1882 prowadził on dodatkowo bezpłatnie ćwiczenia farmakognostyczne, które przewidziano we wtorki od godziny 10 do 12. Zajęcia z farmakognozji odbywały się w gabinecie farmakognostycznym w Kolegium Fizycznym przy ul. Św. Anny 6.

MONOGRAPHIE DES GROSEILLIERS 455

119. — R. Giraldii, Janczewski 1906.

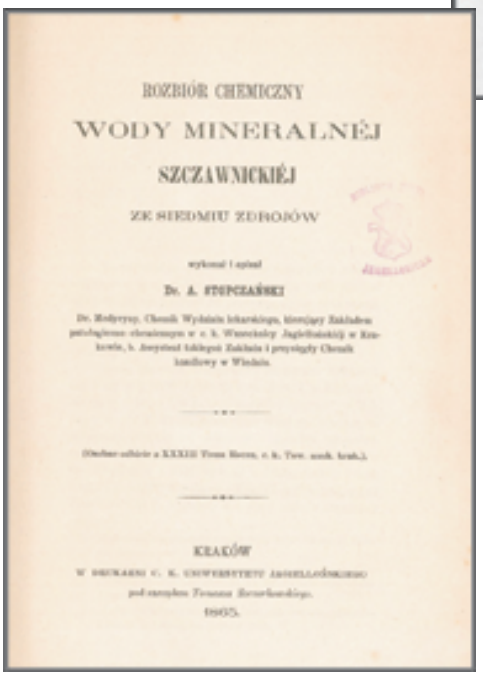
Fl. dioïques, ovoïdes. Pièces parvenues, lobées, leur calycoïdes, pubescentes et glanduleuses. Glandulaire cylindrique. Étamines ♂ courtes, incluses. Fleurs parvenues, pédicellées, pubescentes; corpuscules hemisphériques, cotes glanduleuses; capsule lisse; stylus étamines, bifides; pedunculus glanduloso-hispidus. Étamines ♀ longues. Fleurs parvenues, ovoïdes, glanduloso-hispides.

Diag. et synon.: III, p. 269.

Fig. 161. R. Giraldii ♂.

Arbuste n'atteignant pas 1m, à branches plus ou moins horizontales, à scions longs, minces, hérissés de poils raides, ornés de courtes soies glanduleuses et d'ai-

Strona 455 monografii porzeczek Monoggraphie des groseilliers Ribes L. (1907) E. Janczewskiego, z opisem nowego gatunku Ribes Giraldii Janczewski.


ROZBIÓR CHEMICZNY

WODY MINERALNÉJ

SZCZAWNICKIÉJ

ZE SIEDMIU ZDROJÓW

wykonał i opisał

Dr. A. STOPCZAŃSKI

Dr. Medycyny, Chemik Wydziału lekarskiego, tłómaczący Zakładem patologiczno-chemicznym w c. k. Wszechnicy Jagiellońskiéj w Krakowie, b. Asystent Szkołnych Zakładów i przysięgły Chemik kasiłowy w Wiedniu.

(Osobne odbicie z XXXIII Tomu Rozw. c. k. Tow. nauk. krak.).

KRAKÓW

W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Tomasza Szerszenowicza.

1865.

Strona tytułowa pracy Aleksandra Stopczański pt. Rozbiór chemiczny wody mineralnej szczawnickiej ze siedmiu zdrojów, Kraków 1865.

Dotacje finansowe na pomoce dydaktyczne i gabinet farmakognostyczny – wzorem ubiegłych lat – były bardzo niewielkie. W sprawozdaniu z dnia 23 grudnia 1881 roku Stopczański podał, że na utrzymanie gabinetu i pomoce dydaktyczne otrzymał w roku 1880 kwotę 200 złotych austriackich. Taką samą ilością funduszy dysponował Stopczański w następnym roku.

Skromne fundusze utrudniały dydaktykę farmakognozji. Pomimo to, jak pisał Józef Rostafiński: „W ostatnich latach rozwijał się gabinet równomiernie we wszystkich kierunkach. Sprawiano nowe lub odnawiano zepsute okazy, powiększono bibliotekę, sprawiono na-

Józef Łazarski.

rzędzia, między innymi drugi mikroskop."

Ponieważ zarówno profesor Janczewski, jak i profesor Stopczyński zastępczo prowadzili wykłady z farmakognozji, Wydział Lekarski poszukiwał kandydata do obsadzenia wakującej Katedry Farmakologii i Farmakognozji. Idealnym kandydatem na to stanowisko okazał się Józef Łazarski ze względu na jego wykształcenie farmaceutyczne, studia zagraniczne i doświadczenie w pracy farmakologa i farmakognosty nabyte podczas pracy na wiedeńskim uniwersytecie. Dlatego też, 1 kwietnia 1882 roku powierzono mu Katedrę Farmakologii i Farmakognozji oraz prowadzenie wykładów z tych przedmiotów. Pod kierownictwem Józefa Łazarskiego zaszły w Katedrze Farmakologii i Farmakognozji istotne zmiany. W 1881 r. gabinet farmakognostyczny został przekształcony w Zakład Farmakologii. Obowiązki kierownika nowopowstałego Zakładu powierzono właśnie Łazarskiemu. Zakład otrzymał demonstratora i posługacza. Pierwszym demonstratorem był w latach 1881-1885 doktor Wachtel, który zapoczątkował zatrudnianie pomocniczych pracowników nauki, najpierw – demonstratorów, później asystentów. Następcą Wachtela na stanowisku demonstratora został kandydat medycyny Wojtaszek. Zakład farmakologiczny mieścił się w sali na I piętrze w Kollegium Fizycznym przy ul. Św. Anny 6. Dotacje roczną na potrzeby Zakładu przyznano w kwocie 200 florenów.

Józef Łazarski początkowo wykładał farmakognozję przez 4 godziny w tygodniu. Jednak od 1887 roku położył on duży nacisk na zajęcia z farmakognozji, które od tej pory odbywały się zarówno w półroczu letnim jak i zimowym. W półroczu zimowym wykładał farmakognozję przez 5 godzin w tygodniu, codziennie oprócz sobót. Natomiast w półroczu letnim prowadził ćwiczenia z tego przedmiotu przez 4 godziny w tygodniu. W następnych latach ilość godzin zajęć z tego przedmiotu systematycznie rosła. Od roku akademickiego 1890-1891 przewidziano w półroczu zimowym 5 godzin wykładów i 3 godziny ćwiczeń farmakognostycznych w tygodniu. W półroczu letnim odbywało się tygodniowo 10 godzin ćwiczeń z tego przedmiotu. W tym

okresie studenci farmacji zaliczali rozszerzony kurs farmakognozji. Zajęcia z tego przedmiotu przewidziano codziennie oprócz sobót, od godziny 8 do 10 lub od godziny 10 do 11. W latach 1893-1898 Łazarski zwiększył znacznie ilość zajęć z farmakognozji, która stała się najważniejszym przedmiotem na studiach dla farmaceutów. Zarówno w półroczu letnim jak i zimowym studenci obowiązani byli wysłuchać 5 godzin wykładów i odbyć 10 godzin ćwiczeń tygodniowo. Od roku 1899 zmalała liczba zajęć z farmakognozji, w półroczu letnim nie prowadzono wykładów, natomiast ćwiczenia odbywały się w niezmienionym wymiarze czasu. Wykłady i ćwiczenia pod kierunkiem Łazarskiego odbywały się początkowo w sali na II piętrze Kolegium Fizycznego, a następnie w Zakładzie Farmakologicznym.

Józef Łazarski przyzwyczajony do dobrze wyposażonych pracowni naukowych uniwersytetu wiedeńskiego, objął w Krakowie Zakład ubogi, posiadający niewystarczającą aparaturę naukową i niewielką bibliotekę. Warunki lokalowe Katedry Farmakologii i Farmakognozji były bardzo trudne, a dotacja 200 zł rocznie nie mogła pokryć potrzeb nowocześniejszej pracowni naukowej.

Strona tytułowa podręcznika J. Łazarskiego pt. Farmakognozya. Wykłady Uniwersyteckie Prof. Dra Józefa Łazarskiego w półroczu zimowym 1891/92 r., Kraków 1892.

Funkcjonowanie Katedry Farmakologii i Farmakognozji uległo poprawie pod koniec lat dziewięćdziesiątych XIX stulecia. W 1890 r. podjęto starania o budowę nowego budynku przeznaczonego na Katedry Wydziału Lekarskiego. Dwa lata później rozpoczęto budowę nowego gmachu na ul. Grzegórzeckiej 16 za sumę 285 tysięcy złotych reńskich. W 1895 roku Katedra Farmakologii i Farmakognozji przeniosła się do nowego budynku. Otrzymała wówczas obszerny lokal z salą wykładową, przyznano jej też dotacje na umeblowanie i zakup aparatury naukowej oraz publikacji do biblioteki.

Ryciny z podręcznika J. Łazarskiego pt. Farmakognozya. Wykłady Uniwersyteckie Prof. Dra Józefa Łazarskiego w półroczu zimowym 1891/92 r., Kraków 1892.

W tym czasie uległy również poprawie warunki kadrowe Katedry. W roku 1891 w wyniku starań profesora Łazarskiego został utworzony stały etat asystenta, a w następnym roku etat demonstratora. Jak już wcześniej wspomniałam, w okresie kiedy Katedrą kierował Józef Łazarski wzrosła ilość godzin zajęć z farmakognozji, konieczne stało się więc, aby wykłady z tego przedmiotu prowadził dodatkowy wykładowca. Na stanowisko asystenta w roku 1898 został przyjęty Ignacy Lemberger (1865-1908), magister farmacji, doktor medycyny. Posiadał on stosowne doświadczenie zawodowe, ponieważ w czasie studiów medycznych pracował w Zakładzie Chemii Wydziału Lekarskiego, a po studiach w latach 1897-1898 był asystentem w Katedrze Patologii Ogólnej. W roku 1899 uzyskał habilitację z farmakognozji w Katedrze Farmakologii i Farmakognozji.

Ryciny z pracy I. Lembergera pt. Komentarz do ósmego wydania Farmakopei austryackiej. Tom II. Kraków 1907.

O wzroście zainteresowania farmakognozją w tym czasie świadczy również to, że w roku 1900 w programie studiów farmaceutycznych pojawił się nowy przedmiot – „O badaniu mikroskopowym surowych leków roślinnych", którego wykładowcą został Ignacy Lemberger. Przedmiot ten był wykładany w soboty od godziny 8 do 10. W tym samym roku, w półroczu zimowym, Lemberger rozpoczął prowadzenie ośmio tygodniowych kursów dla lekarzy z zakresu farmakognozji.

W 1907 r. Wydział Lekarski wniósł do ministerstwa wniosek o mianowanie Lembergera profesorem nadzwyczajnym farmakognozji. Niestety nastąpiło to zbyt późno, gdyż nominacji tej Lemberger nie doczekał. Zmarł w 1908 r.

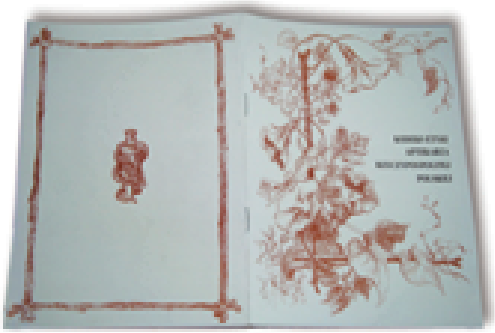
(Piśmiennictwo u autora)

(**Lucyna Samborska** – magister farmacji, właściciel apteki „Melisa" w Dębicy.
Autorka opracowań z zakresu historii nauczania wiedzy farmaceutycznej na UJ.
Członek władz PORA, PTFarm i sędzia Naczelnego Sądu Aptekarskiego.

mgr farm.Lidia Maria Czyż

Kodeks Aptekarza czy Farmaceuty – tradycja i współczesność kanonów zawodowych.

„Historia ma być mistrzynią życia, ale nie panią",
(Deklaracja Kapituły Generalnej Zakonu Cystersów).



Kodeks, według definicji ogólnej, to akt normatywny, regulujący określone dziedziny stosunków panujących w społeczeństwie. Żaden z kodeksów nie był i nie jest uniwersalny i ponadczasowy a jednocześnie każdy z nich zawierał i zawiera treści, z których mogą i powinny czerpać pokolenia. Ogół wzorów, zasad i zwyczajów danej grupy, czy to zawodowej czy środowiskowej, to właśnie owa szeroko pojęta etyka normująca zachowanie uczestnika działań zbiorowości. Powinność profesjonalna tego, który dobrowolnie przystąpił do korporacji zawodowej, to deontologia. Wszystkie te pojęcia składają się na pewne unormowanie wykonywania podjętych działań i przyjętych obowiązków na każdym polu zewnętrznego funkcjonowania członka społeczności.

W przekroju dziejów zawodów medycznych, do których współcześnie należy farmacja, pośród wielu wątków dotyczących samego wykonywania zawodu, nadrzędną jest hipokratejska reguła: „non nocere". „Nie szkodzić" – w każdym znaczeniu tych słów – temu, kto oddany jest pieczy medyka; nie szkodzić temu, kto słabszy jest – wiekiem, rozeznaniem otaczającego świata, posiadaniem dóbr umysłowych czy materialnych; temu, kto góruje pozycją zawodową i wszystkim podległym współpracownikom a także współwykonującym ten sam zawód.

Postrzeganie profesji i opinia o zawodzie przez ogół społeczeństwa wynika z obserwacji poszczególnych profesjonalistów. W zawodzie aptekarza najbardziej pożądanymi cechami, lub lepiej, walorami są: dbanie o dobro chorego, zachowywanie tajemnicy zawodowej i dążenie do wysokich umiejętności. Wszystko to powinno być zachowane mimo wykonywania pracy, kolokwialnie ją określając, „dla chleba". Aptekarz ma do czynienia z „produktem", który można obejrzeć przed „zakupem", z „towarem", który ma

swoją „cenę" w znaczeniu wartości materialnej. Prowadzący „obrót" ma również określony „zysk" w postaci finansowej. Wszystko to związane jest z grupą zawodową, która swe czynności wykonuje w określonym miejscu czyli w aptece. A więc dlatego – aptekarz.

Magister farmacji, przygotowany do wykonywania zawodu poprzez studia wyższe, zawód swój może wykonywać też w innych placówkach niż apteka. I wtedy nosi miano farmaceuty.

Wśród wielu norm zwyczajowych, przestrzeganych w zawodzie, encyklopedycznie określanym „farmacją" a szczegółowo „aptekarstwem" jest wiele niepodważalnych, niejako przyswojonych instynktownie. Wiążące jest też prawo stanowione, regulujące zasady zawodowe obowiązujące w ustroju społecznym, tradycyjnie określane kodeksem etyki zawodu czy też deontologią zawodową.

Począwszy od Konstytucji Fryderyka II, której to norma oddzieliła wprost zawód aptekarski od innych zawodów medycznych i wprowadziła pewne zasady etyczne dla tych, którzy wytwarzać będą i przekazywać potrzebującym leki aż do współczesnych kodeksów etyki zawodowej, zasady wypracowywane są w oparciu o otaczającą współczesność.

Medicina coelestis(Medycyna niebiańska) wg. Agrippy von Nettesheim(1533r.).

Pierwsze polskie zasady deontologii zawodowej znalazły się w konstytucji z 1523 roku, potwierdzonej na sejmie w 1570 roku, gdzie „...*w celu zagwarantowania gatunkowości i świeżości lekarstw aptecznych przepisuje coroczne rewizje aptek przez doktor*ów"....

W okresie II Rzeczypospolitej, wobec braku określonego tym mianem samorządu zawodowego, społeczność farmaceutyczna nie zdążyła skodyfikować swych norm obejmujących całość zawodu. Niemniej jednak powstały *Zasady etyki zawodowej aptekarzy Rzeczypospolitej Polskiej* opracowane i ogłoszone przez Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne 3 czerwca 1927 roku w periodyku „Wiadomości Farmaceutyczne".

Tak bardzo krótko działające izby aptekarskie w dramatycznym okresie ich istnienia 1944 -1951roku również nie dorobiły się swego kodeksu. Mimo, iż lata następujące po nagłym zatrzymaniu pracy samorządu nie sprzyjały działalności innej niż czysto zawodowa i mimo, że więzi pomiędzy aktywnymi członkami zawodu zostały zerwane, to jednak pozostała pamięć i dążenie do

wypracowania niepodważalnych norm wykonywania profesji, która była i jest bardziej powołaniem niż czysto mechanicznym spełnianiem czynności. Profesor Bronisław Koskowski pisał: *„…powołanie aptekarza musi być traktowane ze strony naukowej i humanitarnej, z których pierwsza nie może być mniej ceniona od drugiej. Nie ujmując wcale nauce, poważam się twierdzić, że strona humanitarna zawodu jest co najmniej równie ważna"*[1].

Próby sformułowania kodeksu deontologii podejmowali od późnych lat pięćdziesiątych działacze Sekcji Głównej Farmaceutycznej ZZPSZ jak również Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. W rezultacie długich dyskusji i prac, w sytuacji działania na polu farmaceutycznym jedynej w ówczesnej rzeczywistości organizacji zrzeszającej szeroko pojętą grupę farmaceutów, jaką było Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, powstały „Zasady etyczno-deontologiczne polskiego farmaceuty". „Zasady" te zostały przyjęte przez Walne Zgromadzenie Delegatów PTFarm., które obradowało w Warszawie, w dniu 9 kwietnia 1983 roku.

Tak jak ustawy sejmowe z dnia 8 stycznia 1951 roku radykalnie zmieniły ustrój polskiego aptekarstwa, tak ponownie wprowadzona, również ustawą sejmową, możliwość reaktywacji pracy samorządu zawodowego spowodowała powrót do idei kodeksu etyki i deontologii zawodowej. Od przyjętego na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Delegatów Izb Aptekarskim w Lublinie, w dniach 24-25 kwietnia 1993 roku, Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, powstało kilka już projektów nowelizacji. Wraz ze zmieniającym się Prawem Farmaceutycznym zmieniają się również warunki pracy i usytuowanie zawodowe polskiego aptekarza.

Najtrudniejszym dla każdej **generacji pokoleniowej** jest takie wypracowanie prawa grupowego, aby zawierało prawidła i dogmaty akceptowane i, co ważniejsze, respektowane przez wszystkich, kogo one dotyczą. W takiej właśnie sytuacji są współcześni członkowie izb aptekarskich – spadkobiercy różnych tradycji zawodów farmaceutycznych, pracujący nad treścią współczesnego kodeksu etyki. Ścierają się tu poglądy, doświadczenia, wymagania, postulaty, sugestie, myśli dobre i punkty widzenia. A wszystko to „dla dobra chorego", „na rzecz zdrowia publicznego".

Kto jest obowiązany przestrzegać zasad przyjętych przez społeczność i jaka grupa osób szczycących się mianem minimum MAGISTRA FARMACJI ? A może nie tylko magistra – w bezpośredniej bliskości leku i pacjenta pracuje również grupa techników farmaceutycznych, osób o średnim wykształceniu. Dyskusja jest tak samo nieustępliwa jak nad zawartością samego kodeksu.
A czy wiele z treści zasad Platocomusa straciło na swej wadze ?

---

[1] B. Koskowski, Propedeutyka farmaceutyczna, Warszawa 1933

„Aptekarz winien:
1. Utożsamiać się z zawodem, wykazując przywiązanie do niego.
2. Stale doskonalić swoje zawodowe umiejętności.
3. Wykonując czynności zawodowe, kierować się szlachetnością i nie powodować szkód na zdrowiu ludzkim.
4. W przypadkach powstających wątpliwości, które mogłyby spowodować błąd w sztuce i obciążyć sumienie, zasięgać rady innych aptekarzy.
5. Kierować się w swoim postępowaniu nakazami rozsądku i umiarem.
6. W czynnościach zawodowych przestrzegać jak najstaranniej prawideł sztuki, troszczyć się o należytą rotację i przechowywanie leków oraz o porządek w aptece."[2]

Tak już było w roku 1560. I tak powinno być zawsze w zawodzie, który wiązał się i wiąże z **dawaniem ulgi w cierpieniu**.

A czy określimy go szczegółowo aptekarstwem czy ogólnie farmacją ? Czy będzie miało to znaczenie dla tego, kto do apteki przyjdzie z całym zaufaniem, aby znaleźć środek na uśmierzenie bólu duszy i ciała. Ten środek został wymyślony przez farmaceutę-naukowca, urzeczywistniony poprzez pracę innego farmaceuty w laboratorium, zbadany przez innego jeszcze farmaceutę w badawczej pracowni, wyprodukowany pod nadzorem niejednokrotnie farmaceuty przez zakłady wytwórcze, sprowadzony przez hurtownię, gdzie nadzór sprawuje również farmaceuta(przez ustawę zaliczany do aptekarzy) i przesłany do najmniejszej nawet, uprawnionej placówki aptekarskiej. Raz jeszcze – na każdym etapie, czynny był farmaceuta – naukowiec, przemysłowiec, diagnosta, laborant i wreszcie aptekarz: w hurtowni, w aptece szpitalnej czy ogólnodostępnej. Może także jeszcze inny pracownik z wykształceniem na wydziale farmaceutycznym i z odpowiednim do swej działalności naukowej i zawodowej tytule.

Różnimy się od siebie? Na pewno charakterem pracy, ale na pewno nie odpowiedzialnością za „dobroć" leku i zdrowie pacjenta. Tak było zawsze w przekroju dziejów zawodu.

Warto czasem sięgnąć do historycznych opracowań, bo historia nie zaczyna się wraz z pokoleniem współczesnym i wraz z nim nie ginie.

---

[2] Pharmacopea in compendium redecta (w): B. Leszczyłowski, Propedeutyka rozwoju polskiej farmaceutycznej myśli etyczno-deontologicznej. Łódź 1997

Jest jednak piękna i doskonała w swej wymowie wskazówka, pomieszczona w Deklaracji Kapituły Generalnej Zakonu Cystersów: „Historia ma być mistrzynią życia ale nie panią, winna napominać i inspirować ale nigdy nie przeszkadzać. Tradycji nie należy bowiem pojmować w pierwszym rzędzie jako rzeczy przeszłej lecz jako rzecz żywą i aktualną, która dynamicznie dąży ku przyszłości i domaga się nowego urzeczywistnienia odpowiadającego swym warunkom”[3].
Wracając do dyskusji : kodeks farmaceuty czy aptekarza ?
A może: Kodeks Odpowiedzialnego Człowieka!

(**Lidia Czyż** – magister farmacji, historyk zawodu aptekarskiego na Podkarpaciu, działacz organizacji samorządowych i naukowych farmaceutycznych; sekretarz PORA V kadencji, Wojewódzki Konsultant ds. farmacji aptecznej, Koordynator Departamentu Etyki i Deontologii Zawodu V kadencji NRA).

[3] Deklaracja Kapituły Generalnej Zakonu Cystersów „O głównych elementach współczesnego życia cysterskiego, Kraków - Mogiła 1989

XVII SYMPOZJUM HISTORII FARMACJI

„Farmacja a chrześcijaństwo"

LICHEŃ 2008

W dniach 19 - 22 czerwca 2008 roku odbyło się kolejne, już siedemnaste, Sympozjum Historii Farmacji Zespołu Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Tym razem historycy farmacji i sympatycy dziejów zawodu mieli przyjemność gościć na pięknej Ziemi Konińskiej, „w cieniu" słynnego słupa konińskiego, drogowskazu z 1151 roku; pod jednym z trzech w Europie łuków triumfalnych wzniesionych na cześć Napoleona Bonaparte.

W sympozjum wzięli udział przedstawiciele nie tylko polskiej historii zawodu aptekarza w jego szerokich aspektach, byli też przedstawiciele z Niemiec, Białorusi i Rumunii. Wygłoszono czterdzieści referatów o różnej tematyce – biografie zasłużonych dla rozwoju farmacji, dzieje aptek, problematyka wytwarzania postaci leku w przekroju dziejowym elementy symboliki a jednocześnie wzornictwa i zdobnictwa oficyn zdrowia. Nie zabrakło też problemów zawodu przedstawianych w różnych kontekstach.

Aptekarze Podkarpacia reprezentowani byli tylko poprzez dwa referaty, szkoda bo była okazja zaprezentować tak bardzo złożoną i przez to właśnie ciekawą przeszłość naszych aptek.

Podkarpacki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Rzeszowie

FARZ-DN-/471/185/08 **Rzeszów, 2008-07-01**

KOMUNIKAT PWIF w RZESZOWIE Nr 5/2008
z dnia 1 lipca 2008 r.

W związku z licznymi nieprawidłowościami dotyczącymi sposobu dostarczania do Laboratorium Kontroli Jakości Leków WIF w Rzeszowie wskaźników biologicznych kontroli procesów sterylizacji przypominam:

- po zakończeniu sterylizacji suchym gorącym powietrzem jednoznacznie opisane wskaźniki **SPORALA S** poddane sterylizacji wraz ze Sporalem kontrolnym „0" (krążek tej samej serii nie poddany sterylizacji) umieścić w opakowaniu gwarantującym ochronę przed zawilgoceniem, dołączyć wypełniony formularz zlecenia, zapakować w kopertę i dostarczyć do laboratorium w warunkach zgodnych z wymaganiami producenta Sporali tj. w **temperaturze pokojowej (15-25) ^{0}C, w czasie do 24h**.

- po zakończeniu procesu sterylizacji za pomocą pary wodnej w autoklawach jednoznacznie opisany wskaźnik **Attest 1262** poddany sterylizacji wraz ze wskaźnikiem kontrolnym „0" (fiolka tej samej serii nie poddana sterylizacji) umieścić w kopercie wraz z wypełnionym formularzem zlecenia i dostarczyć do laboratorium w **temperaturze pokojowej (15-25)^{0}C , w czasie do 2h**.

W przypadku niemożliwości zachowania 2-godzinnego czasu transportu, wskaźniki Attest 1262 można przechować do 7 dni w temperaturze chłodziarki (2-8) ^{0}C.

Przestrzeganie temperatury i czasu transportu gwarantuje uzyskanie wiarygodnych wyników – spory pobudzone do wzrostu „ogrzewaniem" w czasie sterylizacji, giną przy przechowywaniu w temperaturze pokojowej. Jeżeli powyższe warunki nie zostaną spełnione, wyniki będą fałszywie ujemne na skutek braku wzrostu drobnoustrojów.

Z praktyki dostarczania wskaźników przez apteki drogą pocztową wynika, że ten sposób transportu często nie spełnia powyższych warunków. W celu wyeliminowania błędów przedlaboratoryjnych związanych z transportem próbek, proszę wykonywać testy kontroli sterylizacji z początkiem tygodnia (poniedziałek, wtorek) tak, aby priorytetowe przesyłki pocztowe (nie polecone!) lub kurierskie mogły trafić do laboratorium w określonym czasie, – w przeciwnym razie Laboratorium zmuszone będzie do odstąpienia od przeprowadzenia badań.

Ponadto przypominam, że wszelkie instrukcje i formularze dotyczące kontroli sterylizacji znajdują się na stronie internetowej PWIF: www.rzeszow.wif.gov.pl

Otrzymują:
1. Delegatury WIF w Krośnie, Przemyślu i Tarnobrzegu.
2. POIA w Rzeszowie.
3. a/a.

Podkarpacki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Rzeszowie
Monika Urbaniak

NOTATKI

Spis treści

- Słowo wstępne 3
- *Piotr Bohater* - Informacja Departamentu Spraw Zagranicznych NRA 5
- *Elwira Telejko* - Nowoczesne postacie leków – nowe technologie 15
- *Maciej Biłek* - Magister Czesław Wieniawa Zubrzycki 21
- *Lucyna Samborska* - Nauczanie farmakognozji w Krakowie w drugiej połowie XIX wieku 29
- *Lidia Maria Czyż* - Kodeks Aptekarza czy Farmaceuty – tradycja i współczesność kanonów zawodowych 36
- XVII Sympozjum Historii Farmacji „Farmacja a chrześcijaństwo" LICHEŃ 2008 41
- Komunikat PWIF w Rzeszowie Nr 5/2008 – kontrola procesów sterylizacji 42